GKV-Spitzenverband[1]

Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene

Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 22.12.2016

Das Pflege-Versicherungsgesetz trat hinsichtlich seiner leistungsrechtlichen Bestimmungen in zwei Stufen in Kraft und zwar die bei häuslicher Pflege ab 01.04.1995 und die bei stationärer Pflege ab 01.07.1996 (vgl. § 1 Abs. 5 SGB XI).

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben erstmals in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 28.10.1996 zu den für die Pflegekassen relevanten leistungsrechtlichen Bestimmungen des PflegeVG Stellung genommen und dieses Rundschreiben kontinuierlich weiterentwickelt. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 01.07.2008 wurde das Gemeinsame Rundschreiben gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband neu aufgelegt. Aufgrund des Inkrafttretens des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes und des Dritten Pflegestärkungsgesetztes erfolgte eine umfassende Überarbeitung. Von daher wurde das Gemeinsame Rundschreiben mit Datum vom 22.12.2016 neu veröffentlicht. Es wird auch weiterhin fortlaufend aktualisiert. Der aktuelle Stand wird auf den Seiten entsprechend gekennzeichnet.

Folgende Gesetze bzw. Verordnungen, die das SGB XI betreffen, sind in dem Gemeinsamen Rundschreiben berücksichtigt:

PflegeVG:	Der Deutsche Bundestag hat am 22.04.1994 das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) verabschiedet. Der Bundesrat hat ihm am 29.04.1994 zugestimmt. Das Gesetz trägt das Datum vom 26.05.1994 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.05.1994, Seite 1014 ff., veröffentlicht.
2. Stufe des PflegeVG:	Der Deutsche Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz zum Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung verabschiedet. Es trägt das Datum vom 31.05.1996 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 07.06.1996, Seite 718, veröffentlicht.
1. SGB XI – ÄndG:	Das Erste Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI – Änderungsgesetz – 1. SGB XI – ÄndG) hat der Deutsche Bundestag am 23.05.1996 verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 24.05.1996 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 14.06.1996 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 24.06.1996, Seite 830 ff., veröffentlicht.

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI

4. SGB XI – ÄndG:	Am 17.06.1999 hat der Deutsche Bundestag das Vierte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Viertes SGB XI – Änderungsgesetz – 4. SGB XI – ÄndG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 09.07.1999 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.07.1999 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 26.07.1999, Seite 1656, veröffentlicht.
Lebenspartner-schaften:	Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften – Lebenspartnerschaften verabschiedet. Es trägt das Datum vom 16.02.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.02.2001, Seite 266 ff., veröffentlicht.
SGB IX:	Am 06.04.2001 hat der Deutsche Bundestag das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 11.05.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 19.06.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.06.2001, Seite 1046 ff., veröffentlicht.
PQsG:	Am 21.06.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 13.07.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 09.09.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 12.09.2001, Seite 2320 ff., veröffentlicht.
8. Euro-Einführungsgesetz:	Am 21.06.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achtes Euro-Einführungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 13.07.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 31.10.2001, Seite 2702 ff., veröffentlicht.
7. Zuständigkeitsan-passungs-Verordnung:	Am 29.10.2001 hat das Bundesministerium der Justiz die Siebente Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung betreffend die Einführung der sächlichen Bezeichnungsform für die Bundesministerien erlassen. Die Verordnung ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 06.11.2001, Seite 2785 ff., veröffentlicht.
PflEG:	Am 15.11.2001 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 30.11.2001 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 14.12.2001 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 20.12.2001, Seite 3728 ff., veröffentlicht.
SGB XII:	Am 19.12.2003 hat der Deutsche Bundestag das Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch – (SGB XII) – Sozialhilfe verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 19.12.2003 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 27.12.2003 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 30.12.2003, Seite 3022 ff., veröffentlicht.

Verwaltungsvereinfachungsgesetz:	Am 27.01.2005 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 18.02.2005 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.03.2005 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.03.2005, Seite 818 ff., veröffentlicht.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz:	Am 02.02.2007 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.02.2007 zugestimmt.
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	Am 14.03.2008 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 25.04.2008 zugestimmt.
Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze	Am 15.04.2011 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetze verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 27.05.2011 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 22.06.2011 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.06.2011, Seite 1202 ff., veröffentlicht.
GKV-VStG	Am 01.12.2011 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.12.2011 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 22.12.2011 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.12.2011, Seite 2983 ff., veröffentlicht.
Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz	Am 29.06.2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 21.09.2012 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.10.2012 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 29.10.2012, Seite 2246 ff., veröffentlicht.
Assistenzpflegebedarfsgesetz	Am 09.11.2012 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Assistenzpflegebedarfsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 14.12.2012 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 20.12.2012 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 27.12.2012, Seite 2789 ff. veröffentlicht.
Erstes Pflegestärkungsgesetz	Am 17. Oktober 2014 hat der Deutsche Bundestag das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 07.11.2014 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 17.12.2014 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 23.12.2014, Seite 2222 ff. veröffentlicht.
Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf	Am 04.12.2014 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 19.12.2014 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 23.12.2014 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom

31.12.2014, Seite 2462 ff. veröffentlicht.

Präventionsgesetz	Am 18.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 10.07.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 17.07.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil 1 vom 24.07.2015, Seite 1368 ff. veröffentlicht.
GKV-Versorgungs-stärkungs-Gesetz	Am 11.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungs-gesetz – GKV-VSG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 10.07.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 16.07.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 22.07.2015, Seite 1211 ff. veröffentlicht.
Hospiz- und Palliativ-gesetz	Am 05.11.2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 27.11.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 01.12.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 07.12.2015, Seite 2114 ff. veröffentlicht.
Zweites Pflegestär-kungsgesetz	Am 13.11.2015 hat der Deutsche Bundestag das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 18.12.2015 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 21.12.2015 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 28.12.2015, Seite 2424 ff. veröffentlicht.
Transplantationsregis-tergesetz	Am 07.07.2016 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters (Transplantationsregistergesetz - TxRegG) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 23.09.2016 zugestimmt. Es trägt das Datum vom 11.10.2016 und ist im Bundesgesetzblatt Teil I vom 14.10.2016, Seite 2233 ff. veröffentlicht.
Drittes Pflegestär-kungsgesetz	Am 01.12.2016 hat der Deutsche Bundestag das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) verabschiedet; der Bundesrat hat ihm am 16.12.2016 zugestimmt.

Hinweis:

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016 werden im Folgenden "Begutachtungs-Richtlinien" genannt.

Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit des Gemeinsamen Rundschreibens erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Inhaltsverzeichnis

§ 1 SGB XI Soziale Pflegeversicherung 1
1. Allgemeines 1
§ 2 SGB XI Selbstbestimmung 2
1. Allgemeines 2
2. Aktivierende Pflege 2
3. Kommunikationsbedürfnis 3
4. Rechtsfolgen 3
§ 3 SGB XI Vorrang der häuslichen Pflege 4
1. Allgemeines 4
2. Rechtsfolgen 4
§ 4 SGB XI Art und Umfang der Leistungen 5
1. Leistungsarten/-inhalt 5
2. Leistungsumfang 6
3. Wirtschaftlichkeit 6
§ 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer 7
Rehabilitation 7
1. Aufgaben der Pflegekassen 7
2. Aufgaben anderer Leistungsträger 8
§ 6 SGB XI Eigenverantwortung 9
1. Mitwirkungspflicht 9
§ 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft 10
1. Aufklärung und Auskunft 11
2. Information durch Dritte 12
§ 7a SGB XI Pflegeberatung 13
1. Allgemeines 15
2. Anspruchsberechtigung 15
3. Organisation der Pflegeberatung 15
4. Inhalt der Pflegeberatung 16
5. Anforderungen an Pflegeberater 17
6. Finanzierung 18
§ 7b SGB XI Beratungsgutscheine 19
1. Allgemeines 20
2. Beratung durch die Pflegekassen 20
3. Beratung durch Beratungsstellen 20
3.1 Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen 21
3.2 Beratung durch kommunale Gebietskörperschaften 21
3.3 Datenschutz 21
3.4 Unabhängigkeit und Neutralität 22
3.5 Haftungsausschluss 22
§ 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung 23
1. Allgemeines 23
§ 13 SGB XI Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen 24
1. Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung 26
2. Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern 26
3. Vorrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung 26

4. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB VIII ... 27
5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Fürsorgeleistungen zur Pflege ... 27
6. Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen ... 28
7. Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes ... 28
§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit ... 29
1. Begriff der Pflegebedürftigkeit ... 30
2. Dauer der Pflegebedürftigkeit ... 30
3. Gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten ... 31
4. Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung ... 34
§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument ... 35
Anlage 1 (zu § 15) ... 37
Anlage 2 (zu § 15) ... 44
1. Allgemeines ... 45
2. Pflegegrade ... 45
3. Ermittlung der Gesamtpunkte ... 46
4. Besonderheiten bei Kindern ... 50
§ 17 SGB XI Richtlinien der Pflegekassen ... 51
1. Begutachtungs-Richtlinien ... 51
2. Pflegeberatungs-Richtlinien ... 52
3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien ... 52
§ 18 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ... 53
1. Allgemeines ... 56
2. Untersuchungsort/-ergebnis ... 57
3. Wiederholungsbegutachtungen ... 59
4. Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen ... 60
4.1. Allgemeines ... 60
4.2 Fristberechnung ... 61
4.3 Fristüberschreitung ... 62
4.4 Besonderheit vom 01.11.2016 bis 31.12.2017 ... 65
5. Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens ... 66
6. Beauftragung unabhängiger Gutachter ... 67
7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger ... 67
8. Maßnahmen zur Prävention ... 67
9. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln ... 68
10. Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung ... 68
11. Kostenabgrenzung bei erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen ... 68
§ 18a SGB XI Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten ... 70
1. Allgemeines ... 70
2. Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ... 71
3. Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen ... 71
§ 28 SGB XI Leistungsarten, Grundsätze ... 72
1. Leistungsarten ... 72
2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte ... 72
3. Sterbebegleitung ... 73

§ 28a SGB XI Leistungen bei Pflegegrad 1 74
1. Leistungsarten 74
2. Leistungsinhalt 74
§ 29 SGB XI Wirtschaftlichkeitsgebot 76
1. Wirtschaftlichkeitsgebot 76
2. Leistungserbringer 76
§ 30 SGB XI Dynamisierung, Verordnungsermächtigung 77
1. Dynamisierung der Leistungen 77
§ 31 SGB XI Vorrang der Rehabilitation vor Pflege 78
1. Feststellungspflicht 78
2. Zusammenarbeit 79
3. Unterstützungspflicht 79
4. Leistungspflicht der Krankenversicherung 79
§ 32 SGB XI Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 80
1. Allgemeines 80
2. Vorläufige Leistungsgewährung 80
§ 33 SGB XI Leistungsvoraussetzungen 81
1. Antragstellung 81
2. Leistungsbeginn 81
2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung 81
2.2 Antrag auf Höherstufung 83
3. Befristung des Leistungsbescheides 84
4. Vorversicherungszeit 85
5. Besonderheiten bei Personen, für die ein Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI bestand 88
§ 33a SGB XI Leistungsausschluss 89
1. Allgemeines 89
2. Umfang des Leistungsausschlusses 89
3. Umsetzung 89
§ 34 SGB XI Ruhen der Leistungsansprüche 91
1. Auslandsaufenthalt 91
2. Bezug von Entschädigungsleistungen 92
2.1 Allgemeines 92
2.2 Leistungen bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege 93
2.3 Leistungen bei vollstationärer Pflege 96
3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen 96
§ 35 SGB XI Erlöschen der Leistungsansprüche 98
1. Allgemeines 98
2. Wechsel der Kassenzuständigkeit 98
3. Erstattungsverzicht 98
§ 35a SGB XI Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX 99
1. Allgemeines 99
2. Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets 99
§ 36 SGB XI Pflegesachleistung 101
1. Allgemeines 101
2. Leistungserbringer 102
3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen 102
4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen 103

5. Leistungshöhe 104
6. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen 106
7. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag 107
§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen 108
1. Leistungsvoraussetzungen 109
2. Leistungshöhe und Zahlungsweise 110
2.1 Allgemeines 110
2.2 Kürzung des Pflegegeldes 110
2.2.1 Allgemeines 110
2.2.2 Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI 111
2.2.3 Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege 113
2.2.4 Leistungshöhe im Rahmen der Überleitung 124
2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat 125
3. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages der Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag 130
4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen 130
5. Beratungseinsatz 133
5.1 Allgemeines 133
5.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes 133
5.3 Durchführung des Beratungseinsatzes 133
5.4 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes 135
§ 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung) 139
1. Allgemeines 139
2. Entscheidungsbindung 140
3. Leistungshöhe 140
4. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag 145
5. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege 145
6. Leistungshöhe im Rahmen der Überleitung 147
§ 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen 150
1. Allgemeines 150
2. Leistungsvoraussetzungen 151
2.1 Gemeinsame Wohnung 151
2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe) 151
2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI 152
2.4 Vorhandensein einer gemeinschaftlich beauftragten Person 152
2.5 Vorliegen einer ambulanten Versorgungsform 153
2.6. Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI 153
3. Erhebung von Informationen und Anforderung von Unterlagen 154
4. Leistungshöhe und Zahlungsweise 154
5. Besitzstandsregelung nach § 144 Abs. 1 SGB XI 154
§ 39 SGB XI Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson 156
1. Allgemeines 156
2. Anspruchsvoraussetzungen 160

2.1 Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen 160
2.1.1 Verhinderungspflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI 162
2.2 Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben 162
2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflege von mehr als sechs Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben 165
2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt hat 168
2.5 Verhinderungspflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG 168
2.6 Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch Nachbarn/Bekannte 169
2.7 Verwendung des nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrages der Kurzeitpflege nach § 42 SGB XI 170
2.8 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs 174
§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 176
1. Pflegehilfsmittel 177
1.1 Allgemeines 177
1.2 Leistungsanspruch 177
1.3 Zuzahlung 178
1.4 Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung 178
1.5 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Rahmen der Begutachtung 179
2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes 180
2.1 Leistungsvoraussetzungen 180
2.2 Leistungsinhalt 180
3. Wohnung/Haushalt 181
4. Maßnahme 181
5. Zuschusshöhe 182
5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten 182
5.2 Durchführung von Reparaturen bzw. Wartungen 183
5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen 183
6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern 183
6.1 Allgemeines 183
6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse 183
6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger 184
7. Verfahren 184
7.1 Antragstellung 184
7.2 Beratung 185
7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme 185
8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen 185
8.1. Allgemeines 185
8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich 187
8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung 188

8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich 188
8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen 189
§ 41 SGB XI Tagespflege und Nachtpflege 191
1. Allgemeines 191
2. Leistungsinhalt 192
3. Leistungsumfang 192
§ 42 SGB XI Kurzzeitpflege 194
1. Allgemeines 194
2. Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen 195
3. Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen 196
4. Leistungsinhalt 196
5. Leistungsumfang 196
5.1 Allgemeines 196
5.2 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI 200
5.3 Ausschöpfen des Leistungsanspruchs 200
5.4 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege 202
6. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege, der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V 203
§ 43 SGB XI Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung 206
1. Allgemeines 206
2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe 206
3. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen 208
4. Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege 209
5. Leistungserbringung 210
6. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat 210
7. Zahlungsweise bei Heimwechsel im laufenden Monat 211
8. Abwesenheitszeiten 213
9. Wechsel des Pflegegrades im laufenden Monat 214
10. Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen 215
11. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen 216
§ 43a SGB XI Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen/Inhalt der Leistung 217
1. Allgemeines und Leistungshöhe 217
2. Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise 218
3. Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI 219
3.1 Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI 219
3.2 Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI 220
§ 43b SGB XI Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen Inhalt der Leistungen 222
1. Allgemeines 222
§ 44a SGB XI Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung 224
1. Allgemeines 226

2. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld) 226
2.1 Grundsätze der Leistungserbringung und Anspruchsvoraussetzungen 226
2.1.1 Allgemeines 226
2.1.2 Anspruchsberechtigter Personenkreis 227
2.1.3 Nachrangigkeit des Pflegeunterstützungsgeldes 227
2.1.4 Antragsverfahren 228
2.2 Leistungsinhalt/ Leistungshöhe/ Zahlungsweise 228
2.3 Landwirtschaftliche Unternehmer 229
2.4 Verhältnis zu anderen Vorschriften 230
3. Längerfristige Arbeitsverhinderung 231
§ 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen 232
1. Allgemeines 232
2. Kostenfreiheit 233
§ 45a SGB XI Angebot zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des 234
ambulanten Sachleistungsbetrags 234
(Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung 234
1. Allgemeines 235
1.1 Betreuungsangebote 235
1.2 Angebote zur Entlastung von Pflegenden 236
1.3 Angebote zur Entlastung im Alltag 236
1.4 Art der Angebote 236
2. Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch) 237
2.1 Allgemeines 237
2.2 Beratungseinsatz 241
2.3 Zusammentreffen von Leistungen nach § 45a Abs. 4 SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege 247
§ 45b SGB XI Entlastungsbetrag 248
1. Leistungsvoraussetzungen 249
2. Leistungsinhalt 249
3. Leistungsumfang und Zahlung 251
4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Beträge 252
5. Vergütungshöhe 252
6. Zusammentreffen mit Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege 252
§ 45c SGB XI Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung 253
1. Allgemeines 255
§ 45d SGB XI Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung 257
1. Allgemeines 257
2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20h SGB V 257
§ 45e SGB XI Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen 259
1. Allgemeines 259
2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang 259
§ 87a SGB XI Berechnung und Zahlung des Heimentgelts 261
1. Allgemeines 262
2. Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI 262
§ 91 SGB XI Kostenerstattung 263
1. Allgemeines 263
2. Leistungsumfang 263

§ 140 SGB XI Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade 265
1. Allgemeines 266
2. Zuordnung der Pflegegrade 267
3. Besitzstandsschutz 268
4. Änderung der tatsächlichen Verhältnisse für Zeiten vor dem 01.01.2017 269
§ 141 SGB XI Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen 271
1. Allgemeines 273
2. Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege 273
3. Besitzstandsrecht bei Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung 275
4. Besitzstandsschutz bei vollstationärer Pflege 278
4.1 Allgemeines 278
4.2 Besitzstandsschutz bei Höherstufung 281
4.3 Besitzstandsschutz bei Heimwechsel 281
4.3.1 Einrichtung mit Vergütungsvereinbarung vor dem 01.01.2017 281
4.3.2 Einrichtung mit Vergütungsvereinbarung nach dem 01.01.2017 283
4.3.3 Heimwechsel im laufenden Monat 284
4.4 Besitzstandschutz bei Kurzzeitpflege 287
4.5 Besitzstandsschutz bei Kassenwechsel 288
4.6 Besitzstandsschutz bei einer Kostenerstattung nach § 91 SGB XI 288
4.7 Erweiterung der Besitzstandsschutzregelung in 2017 288
§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren 291
1. Allgemeines 291
2. Wiederholungsbegutachtungen 291
3. Bearbeitungsfristen 292
4. Beauftragung unabhängiger Gutachter 293
§ 144 SGB XI Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung 294
1. Besitzstandsregelung für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI 295
2. Besitzstandregelung für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote 295
3. Erweiterung des Übertragsungszeitraums für Leistungen nach § 45b SGB XI 295
4. Übertragbarkeit von Fördermitteln nach § 45c SGB XI 295
5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit anderen Leistungen 296

Anlage 1
Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes und Personenkreis nach § 28 Abs. 2 SGB XI Abschrift des Schreibens des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – Az.: D III 5 – 213 106-7/5 –

Anlage 2
Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes ‚Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt

§ 1 SGB XI
Soziale Pflegeversicherung

(1) …

(2) …

(3) …

(4) …

(5) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

(6) …

1. Allgemeines

Als Einweisungsvorschrift wird in § 1 Abs. 5 SGB XI die Grundausrichtung nach einer – soweit wie möglich – geschlechtsspezifischen und kultursensiblen Pflege festgeschrieben. Unter kultursensibler Pflege ist die Berücksichtigung der kulturell bedingten unterschiedlichen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen – insbesondere auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund – zu verstehen. Diese Aspekte werden in § 2 Abs. 2 und 3 SGB XI im Kontext der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen mit der weitgehenden Berücksichtigung von Wünschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege und der Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse konkretisiert. Ein unmittelbarer Anspruch auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen ist mit diesen Grundsätzen hingegen nicht verknüpft.

§ 2 SGB XI
Selbstbestimmung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.

1. Allgemeines

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen.

2. Aktivierende Pflege

(1) Die von Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen erbrachte Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen. Sie fördert und sichert vorhandene und wieder erlernbare Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen, unterstützt seine Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit und leitet den Pflegebedürftigen an, bei der Ausführung aller Pflegeleistungen mitzuhelfen. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen einbeziehen, aber auch die Hilfen bei der Haushaltsführung und die Organisation des Tagesablaufs. Die Angehörigen und der Lebenspartner sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen.

(2) Die aktive Einbeziehung des Pflegebedürftigen ist eine wesentliche Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, den Pflegezustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Dazu gehört z. B. die Ermunterung und ggf. Hilfestellung beim bettlägerigen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und Umhergehen, die geistige Anregung insbesondere bei alleinstehenden, vereinsamten Menschen, die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme.

(3) Die aktivierende Pflege stellt keine besondere – bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §§ 14, 15 SGB XI – von der Pflegekasse zu gewährende Leistung dar, sondern ist Ziel und Bestandteil der nach den §§ 36 ff. SGB XI zu gewährenden Pflege. Sie findet deshalb auch keine besondere Berücksichtigung bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrade.

(4) Soweit die Pflege durch Pflegebedürftige selbst sichergestellt wird (Pflegegeld nach § 37 SGB XI), ist in den von den Pflegekassen durchzuführenden Pflegekursen darauf hinzuwir-

ken, dass auch Angehörige, Lebenspartner und sonstige ehrenamtlich tätige Pflegepersonen aktivierend pflegen.

3. Kommunikationsbedürfnis

Die Erfüllung des Kommunikationsbedürfnisses ist Bestandteil der Betreuung. Dies stellt keine besondere von der Pflegekasse zu gewährende Leistung dar. Allerdings ist bei der Pflege gleichzeitig auf das Kommunikationsbedürfnis des Pflegebedürftigen einzugehen. In Fällen, in denen eine Vereinsamungstendenz des Pflegebedürftigen beobachtet wird, soll sich die Pflegekraft deshalb auch um die Vermittlung von Gesprächsmöglichkeiten für den Pflegebedürftigen insbesondere mit ehrenamtlichen Kräften bemühen. Hierbei ist den besonderen Bedürfnissen seelisch oder geistig behinderter Menschen Rechnung zu tragen.

4. Rechtsfolgen

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit hat in aller Regel zur Folge, dass der Pflegebedürftige Einschränkungen in der freien Gestaltung seines Lebens hinnehmen muss. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind daher so zu gestalten und einzusetzen, dass sie mit dazu beitragen, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der dem Pflegebedürftigen verbliebenen Fähigkeiten zu nutzen. Das erfordert ein den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen Rechnung tragendes Leistungsangebot.

(2) Eine wesentliche Voraussetzung zur Führung eines selbstbestimmten menschenwürdigen Lebens bei Pflegebedürftigkeit ist das der Pflegeversicherung innewohnende Prinzip des Wunsch- und Wahlrechts der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Leistung. Dies gilt auch im Hinblick auf die gleichgeschlechtliche Pflege (vgl. Ziffer 1 zu § 1 SGB XI). Die Leistung darf mithin den Pflegebedürftigen nicht bevormunden. Das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen wird allerdings insoweit eingegrenzt, als die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des vorgesehenen Leistungsrechts einzustehen hat.

(3) Den religiösen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen soll Rechnung getragen werden. Dabei soll insbesondere bei einer Heimunterbringung sichergestellt werden, dass das religiöse Bekenntnis des Pflegebedürftigen geachtet wird und eine seelsorgerische Betreuung erfolgen kann.

(4) Um zu gewährleisten, dass Pflegebedürftige ihre Wünsche äußern und auch tatsächlich von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen können, obliegt den Pflegekassen die Verpflichtung, die Pflegebedürftigen über ihre Rechte nach den Absätzen 2 und 3 zu informieren (vgl. § 7 SGB XI, § 13 ff. SGB I).

§ 3 SGB XI
Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

1. Allgemeines

Die Vorschrift stellt eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung heraus, in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern. Sie bestimmt den Vorrang der häuslichen (§§ 36 bis 40, 45a, 45b SGB XI) und teilstationären (§ 41 SGB XI) Pflege sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) gegenüber den Leistungen der vollstationären (§ 43 SGB XI) Pflege.

2. Rechtsfolgen

(1) Der Vorrang der häuslichen Pflege führt nicht zu einer eingeschränkten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation bei der Leistung. Berechtigten Wünschen (vgl. § 2 Abs. 2 SGB XI, § 33 SGB I) des Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen. Der Vorrang häuslicher Pflege hat dort seine Grenzen, wo bedingt durch die familiären oder sozialen Verhältnisse eine angemessene Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich nicht sichergestellt ist. Wird festgestellt, dass die häusliche Pflege nicht in geeigneter Weise sichergestellt ist, so ist darauf hinzuwirken, dass diese zweckentsprechend erfolgt (vgl. Ziffer 1 und Ziffer 5.2 zu § 37 SGB XI).

(2) Aus dem Vorrang der häuslichen Pflege folgt, dass auch teilstationäre Leistungen (§ 41 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) gegenüber den Leistungen bei nicht nur vorübergehender vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI) vorrangig sind. Diese Leistungen ergänzen oder ersetzen die häusliche Pflege. Sie stellen sicher, dass die enge Beziehung des Pflegebedürftigen zu seiner Familie und seinem Wohnbereich aufrecht erhalten bleibt.

§ 4 SGB XI
Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

1. Leistungsarten/-inhalt

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden als Dienst-, Sach- oder Geldleistungen sowie als Kostenerstattung erbracht. Sie sollen dazu beitragen, den Bedarf des Pflegebedürftigen an körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie an Hilfen bei der Haushaltsführung zu decken.

Zu den körperbezogenen Pflegemaßnahmen gehören die notwendigen pflegerischen nichtmedizinischen Hilfe- und Unterstützungsleistungen in den in § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI aufgeführten Bereichen sowie die Anleitung der Ausführung dieser Aktivitäten oder die Anleitung zur Selbstvornahme. Ziel der Hilfe ist die Beseitigung und Minderung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten oder die Vermeidung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung psycho-sozialer Problemlagen oder Gefährdungen (Selbst- oder Fremdgefährdung), bei der Orientierung, bei der Tagesstruktur, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte bei der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung. Sie dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können auch durch Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft, die jeweils bei Bedarf situationsgerecht Unterstützung leistet, erbracht werden.

Die Behandlungspflege bei häuslicher Pflege (z. B. medizinische Hilfeleistungen wie Verbandswechsel) stellt keine Leistung der Pflegeversicherung dar; sie wird weiterhin durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht (§ 37 SGB V gilt; vgl. § 34 SGB XI). Die Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung.

Soweit sich Pflegebedürftige in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie in Kurzzeitpflegeeinrichtungen befinden, umfasst das Leistungsspektrum auch die Betreuung.

Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen die Unterstützung bei den in § 18 Abs. 5a SGB XI genannten Handlungen.

2. Leistungsumfang

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterstützen die familiäre und nachbarschaftliche Pflege. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen. So obliegt es den Versicherten, einen durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflege- und Betreuungsbedarf selbst sicherzustellen. Reichen die Mittel des Pflegebedürftigen hierfür nicht aus, führt dies ggf. zu einem Leistungsanspruch nach dem SGB XII, BVG, LAG, SGB VIII.

3. Wirtschaftlichkeit

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung ist auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken (vgl. § 29 SGB XI).

§ 5 SGB XI
Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Die Pflichten der Pflegeeinrichtung nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

(6) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

1. Aufgaben der Pflegekassen

(1) Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) zum 25.07.2015 sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI erbringen. In den stationären Einrichtungen soll die Gesundheitsförderung im Settingansatz kassenübergreifend implementiert werden. Die Pflegekassen stellen hierfür 0,30 EUR pro Versicherten zur Verfügung. Mittels Förderanträge der stationären Pflegeeinrichtungen wird über die Verwendung der Gelder auf Länder- bzw. Bundesebene entschieden. Der GKV-Spitzenverband hat die Kriterien für die präventiven Leistungen unter Einbeziehung von unabhängigem Sachverstand in dem „Leitfaden Prävention in der stationären Pflege“ (abrufbar unter www.gkv-spitzenverband.de) festgelegt.

(2) Die Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen haben weiterhin Anspruch auf Individualprävention durch die Krankenversicherung.

(3) Die Pflegekassen sind auch weiterhin verpflichtet, im konkreten Bedarfsfall bei den zuständigen Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) frühzeitig darauf hinzuwirken, dass die in deren Leistungsrahmen fallenden Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

(4) Kenntnis von notwendigen Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erhalten die Pflegekassen insbesondere durch das Gutachten des MDK oder des von ihnen beauftragten Gutachters sowie durch den behandelnden Arzt oder das behandelnde Krankenhaus (vgl. §§ 18 und 31 SGB XI).

2. Aufgaben anderer Leistungsträger

(1) Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit nach den Pflegegraden 1 bis 5 (vgl. § 15 Abs. 3 SGB XI) oder eine drohende Pflegebedürftigkeit hat für sich alleine noch nicht zur Folge, dass die gegen andere Leistungsträger bestehenden Leistungsansprüche ruhen oder wegfallen. Vielmehr haben die Leistungsträger auch bei drohender oder eingetretener Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen mit dem Ziel einzusetzen, die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern, zu überwinden oder ihre Verschlimmerung zu verhindern. Voraussetzung ist aber, dass die speziellen Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

(2) Der weiter bestehenden Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung trägt § 11 Abs. 2 SGB V Rechnung. Zur Abgrenzung hinsichtlich des Begriffs "aktivierender Pflege" vgl. § 2 SGB XI.

(3) Zum Vorrang von Rehabilitations- vor Pflegeleistungen und zur vorläufigen Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation durch die Pflegekasse siehe §§ 31 und 32 SGB XI.

§ 6 SGB XI
Eigenverantwortung

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

1. Mitwirkungspflicht

Diese Bestimmung hebt – wie in § 1 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung – die Verpflichtung der Versicherten hervor, durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung sowie durch die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Behandlungsmaßnahmen dazu beizutragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Diese Pflicht zur Mitwirkung besteht im Rahmen der §§ 60 ff. SGB I auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit, wenn Erfolg versprechende Maßnahmen möglich sind, mit denen das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit verringert, eine Verschlimmerung verhütet oder sogar die Pflegebedürftigkeit überwunden werden kann.

§ 7 SGB XI
Aufklärung, Auskunft

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. *des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie*
2. *der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Abs. 1.*

Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.

(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

(4) Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.

1. Aufklärung und Auskunft

(1) Die Pflegekassen haben die Aufgabe, das von den Versicherten nach § 6 SGB XI erwartete eigenverantwortliche Handeln zu fördern. Dies erfolgt durch Aufklärung und Auskunft über Leistungen der Pflegeversicherung und anderer Träger im Rahmen von Mitgliederzeitschriften und Informationsbroschüren sowie persönlich durch Mitarbeiter der Pflegekassen. Hierzu gehören auch Auskünfte zu individuellen Leistungsansprüchen und vor Ort bestehenden Versorgungsstrukturen.

(2) Aufklärung und Auskunft beinhalten ausdrücklich den Hinweis auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI sowie die Leistungs- und Preisvergleichslisten. Auf Anforderung des Antragstellers oder seiner Angehörigen hat die Pflegekasse die Leistungs- und Preisvergleichslisten in geeigneter Form zu übermitteln, d.h. per E-Mail oder auf dem Postwege zu schicken bzw. auszuhändigen.

Der Hinweis auf die Leistungs- und Preisvergleichslisten soll Transparenz hinsichtlich der bestehenden Versorgungsangebote, zwischen denen der Pflegebedürftige frei wählen kann, schaffen. Die Vergleichslisten müssen mindestens die geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie die regional verfügbaren Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI enthalten.

Darüber hinaus hat die Pflegekasse auf ihrer Internetseite Informationen über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Abs. 2 SGB XI getroffenen Festlegungen zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten zu veröffentlichen.

Zudem sind der Versicherte, seine Angehörigen und sein Lebenspartner darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Abs. 1 SGB XI haben.

(3) Die Unterrichtung und Information hat in einfacher Sprache zu erfolgen, sodass diese auch für Versicherte und ihre Angehörigen verständlich ist, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Dies gilt insbesondere auch für schriftliche Informationen der Pflegekassen.

Die Angehörigen bzw. Lebenspartner und beteiligte Dritte sind im Bedarfsfall einzubeziehen. Dies ist insbesondere gegeben, wenn

- die Pflege ehrenamtlich (z. B. von Angehörigen, Lebenspartnern oder Nachbarn) erbracht wird,

- die Art oder Schwere der Erkrankung eine Kontaktaufnahme mit dem Pflegebedürftigen erschwert,

- eine Leistungspflicht nach § 44 SGB XI besteht.

(4) Die Aufklärung/Auskunft hat unverzüglich zu erfolgen, damit ein nahtloser Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen gewährleistet werden. Durch eine frühzeitige Aufklärung/Auskunft wird auch gewährleistet, dass der Pflegebedürftige z. B. vor Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes selbst – ggf. unter Einbeziehung seiner Angehörigen und seines Lebenspartners – überprüfen kann, welches Angebot für ihn in seiner persönlichen Situation geeignet bzw. bedarfsgerecht ist.

2. Information durch Dritte

Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit wegen der Art, Schwere oder Dauer einer Krankheit oder Behinderung abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Nach Eingang dieser Information ist die Pflegekasse verpflichtet,

- den Versicherten, seine Angehörigen und seinen Lebenspartner aufzuklären,

- auf die in Frage kommenden Leistungen anderer Leistungsträger (z. B. geeignete Leistungen zur Rehabilitation) hinzuweisen,

- die anderen Leistungsträger entsprechend zu unterrichten und

- auf das Stellen von Leistungsanträgen sowohl bei ihr als auch bei anderen Leistungsträgern hinzuwirken (vgl. §§ 5, 18 Abs. 1 – letzter Halbsatz –, 31 und 32 SGB XI).

§ 7a SGB XI
Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Pflegebedürftigen soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. *den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,*

2. *einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,*

3. *auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,*

4. *die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,*

5. *bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie*

6. *über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.*

Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellenist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch einer pflegebedürftigen Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer pflegebedürftigen Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen

Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Absatz 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. *nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,*

2. *Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,*

3. *Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,*

4. *Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie*

5. *Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,*

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechts-

vorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind.

(8) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über

1. *die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und*

2. *die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.*

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf Pflegeberatung soll mit Blick auf die Vielfalt der vorhandenen Versorgungsangebote dazu beitragen, jedem pflegebedürftigen Versicherten eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen. Mit dieser Zielsetzung ist die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements als Einzelfallhilfe auszugestalten und geht insoweit über den Aufklärungs- und Auskunftsauftrag nach § 7 SGB XI hinaus.

2. Anspruchsberechtigung

Anspruch auf Pflegeberatung haben Leistungsempfänger nach dem SGB XI sowie Antragsteller auf SGB XI-Leistungen, die erkennbar einen Hilfebedarf (d. h. es kann nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass eine Leistungsberechtigung nach SGB XI besteht) und entsprechenden Beratungsbedarf haben. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig.

3. Organisation der Pflegeberatung

Die Pflegekassen sind dafür verantwortlich, dass für die Pflegeberatung ihrer Versicherten in ausreichendem Maße Pflegeberater zur Verfügung stehen. Der Anspruch auf Pflegeberatung besteht unmittelbar gegenüber der zuständigen Pflegekasse, unabhängig davon, ob in einem Land Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI) eingerichtet sind. Vor der erstmaligen Beratung soll die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen einen zuständigen Pflegeberater oder eine sonstige

Beratungsstelle benennen. Die Pflegeberatung kann dem Versicherten in den Räumen der Pflegekasse angeboten werden, hat aber auf dessen Wunsch hin in seiner häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung, in der er lebt, zu erfolgen. Der Begriff „Einrichtung“ ist, entsprechend der Ausrichtung der Pflegeberatung, weit auszulegen. Dies kann ein Pflegeheim oder ein Wohnheim für behinderte Menschen sein, aber auch ein Ort, an dem der Versicherte sich nur vorübergehend aufhält, z. B. eine Rehabilitationseinrichtung oder ein Krankenhaus. Auf Wunsch des pflegebedürftigen Versicherten hat die Pflegeberatung auch gegenüber seinen Angehörigen oder weiterer Personen, z. B. Pflege- oder Betreuungskräften oder Nachbarn bzw. unter deren Einbeziehung zu erfolgen.

Die Pflegekassen können zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater Aufgaben ganz oder teilweise auf Dritte übertragen, z. B. auf Pflegeberatungsstellen oder von der Möglichkeit der Beauftragung eines anderen Sozialleistungsträgers mit dessen Zustimmung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 SGB X Gebrauch machen. Dies können auch andere Pflegekassen oder Sozialhilfeträger sein. In diesen Fällen sind dem beauftragten Sozialleistungsträger die erbrachten Sozialleistungen sowie die entstandenen Kosten zu erstatten.

Sofern ein Pflegestützpunkt in der Nähe des Wohnortes des Pflegebedürftigen eingerichtet ist, muss die Pflegekasse sicherstellen, dass die Pflegeberatung auch dort in Anspruch genommen werden kann (§ 7a Abs. 1 Satz 8 SGB XI). Dies schränkt die Freiheit des Versicherten hinsichtlich der Inanspruchnahme der Pflegeberatung jedoch nicht ein. Auch wenn ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist, muss sichergestellt sein, dass der Versicherte – sofern er es wünscht – die Pflegeberatung weiterhin bei seiner Pflegekasse erhalten kann.

Die Pflegekassen haben die Möglichkeit, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmitteln (§ 46 Abs. 3 SGB XI) an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger zu beteiligen.

Nach § 22 SGB IX haben gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 SGB IX Beratung und Unterstützung anzubieten. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt. Näheres hierzu kann dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Auswirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung des SGB IX vom 18.06.2001 zu §§ 22 ff. SGB IX sowie der BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 01.07.2010 entnommen werden.

4. Inhalt der Pflegeberatung

Im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist ein Versorgungsplan zu erstellen bzw. ein bestehender Versorgungsplan zu aktualisieren.

Aufgabenschwerpunkte der Pflegeberatung können je nach Bedarf im Einzelfall in Abstimmung mit allen Beteiligten insbesondere sein, die

- Feststellung der Hilfebedarfe im konkreten Einzelfall, in der Regel auf Basis des Gutachtens des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters,

- Klärung von Ansprüchen und Entscheidungen über Leistungsanträge, soweit es den eigenen Kompetenzbereich betrifft; darüber hinaus das Hinwirken auf Leistungen anderer Träger,

- Zusammenstellung und Sicherung von passgenauen gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen (Erstellen eines Versorgungsplans),

- Koordinierung und Steuerung der erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen,

- Nachsteuerung bei Veränderungen im Hilfebedarf sowie

- Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses bei besonders komplexen Fallgestaltungen.

- Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Soweit der vom zuständigen Pflegeberater betreute ratsuchende Leistungsbezieher oder seine gesetzliche Vertretung zustimmt, gehört es unter anderem auch zu den Aufgaben der Pflegeberatung, die Ergebnisse von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI darauf zu überprüfen, ob Anhaltspunkte für einen weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf zur Stabilisierung der häuslichen Situation vorliegen. Die Pflegeberatung hat damit neben der Beratungs- auch weitgehende Unterstützungsfunktion. Diese ist jedoch ausschließlich auf die Feststellung, Steuerung und Planung von entsprechenden Sozialleistungen und ergänzenden Hilfen gerichtet und nicht als Alltagsbegleitung zu verstehen, die etwa im Bereich der Hauswirtschaft oder sozialen Betreuung anzusiedeln ist.

Neben den Leistungen der Pflegeversicherung werden in die Versorgungsplanung insbesondere Leistungen nach dem SGB V (z. B. häusliche Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel), SGB XI (z. B. Hilfe zur Pflege) sowie komplementäre Leistungen (z. B. Besuchs- oder Fahrdienste oder „Essen auf Rädern“) einbezogen. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialleistungsträgern sowie weiteren Beratungs- und Koordinierungsstellen sicherzustellen. Soweit ein Rehabilitationsbedarf in Betracht kommt, sollten ggf. auch die gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22 ff. SGB IX eingebunden werden.

Vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechts des Versicherten (§ 2 SGB XI) und der weiterhin bei den jeweils zuständigen Leistungsträgern angesiedelten Kompetenz hinsichtlich der Leistungsentscheidungen hat der Versorgungsplan keinen zwingenden und rechtsverbindlichen, sondern lediglich einen empfehlenden Charakter.

In Konkretisierung zur allgemeinen Regelung des § 16 SGB I ist in § 7a Abs. 2 Satz 2 SGB XI explizit geregelt, dass Leistungsanträge nach dem SGB XI und SGB V auch gegenüber den Pflegeberatern gestellt werden können. Sofern der Pflegeberater nicht selbst entscheidungsbefugt ist, leitet er den Antrag an den zuständigen Leistungsträger weiter. Dies wird insbesondere bei der Pflegeberatung durch beauftragte Pflegeberater anderer Träger von Bedeutung sein. In diesen Fällen ist der Pflegeberater auch über die Leistungsentscheidung des zuständigen Trägers zu informieren.

5. Anforderungen an Pflegeberater

Die Pflegekassen haben für die persönliche Beratung durch Pflegeberater entsprechend qualifiziertes Personal einzusetzen; insbesondere sind damit Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation gemeint. Näheres ist den Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater zu entnehmen. Der GKV-Spitzenverband gibt bis zum 31.07.2018 neue Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern ab.

6. Finanzierung

Aufwendungen der Pflegekassen für die Pflegeberatung werden über den Leistungshaushalt der Pflegekasse getragen.

§ 7b SGB XI
Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. *unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antrageingang durchzuführen ist, oder*
2. *einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Abs. 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.*

Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

1. *die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,*

2. *die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und*

3. *die Vergütung.*

(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für Zwecke der Beratung nach den § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

1. Allgemeines

(1) Die Beratung pflegebedürftiger Menschen wurde mit der Einführung eines Case- und Care-Managements durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Beratungsanspruch nach § 7a SGB XI mit dem Ziel geschaffen, sowohl eine frühzeitig einsetzende Beratung als auch eine dauerhafte Begleitung im Sinne eines Fallmanagements zu gewährleisten.

(2) Die Pflegekassen bieten dem Antragsteller nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Abs. 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Abs. 2 Satz 1 und § 115 Abs. 4 SGB XI einen konkreten Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson an. Die Beratung ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen. Alternativ stellen die Pflegekassen einen Beratungsgutschein aus, der bei einer Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann.

(3) Gegenstand des Angebots ist die Durchführung einer Beratung nach § 7a SGB XI im Sinne einer individuellen Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet ist.

2. Beratung durch die Pflegekassen

Beabsichtigt die Pflegekasse das Beratungsangebot selbst umzusetzen, ist die Durchführung der Beratung nach § 7a SGB XI unter Angabe einer konkreten Kontaktperson innerhalb einer Frist von zwei Wochen anzubieten. Die Frist beginnt am Tag nach Eingang des Antrags. Fällt der Tag des Fristablaufs auf einen Sonntag oder Feiertag, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag ab. Das Angebot ist konkret an den Antragsteller zu richten. Antragsteller ist immer der Versicherte, der den Antrag gestellt hat oder für den der Antrag von einem Dritten als Vertreter gestellt wurde. Der Begriff des Antragstellers wird auch an anderer Stelle im XI. Buch des Sozialgesetzbuches - z. B. in § 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI - synonym für die Versicherten verwendet, die den Anspruch geltend machen oder für die er geltend gemacht wurde.

Für das Angebot eines Termins zur Durchführung der Pflegeberatung innerhalb von zwei Wochen ist es erforderlich, dem Versicherten einen konkreten Termin anzubieten. Um die Zeitplanung des Versicherten bei der Terminvergabe besser berücksichtigen zu können, ist auch eine Terminvereinbarung möglich. Auf Wunsch des Versicherten kann der Beratungstermin auch außerhalb der 2-Wochen-Frist liegen. Über die Möglichkeit eines Beratungsgesprächs nach Ablauf der 2-Wochen-Frist ist der Versicherte zu informieren.

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erfolgt in der Geschäftsstelle, telefonisch oder auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung (vgl. Ziffer 3 zu § 7a SGB XI). Der Versicherte ist auf diese Möglichkeiten hinzuweisen.

3. Beratung durch Beratungsstellen

Die Pflegekassen haben ebenfalls die Möglichkeit, einen Beratungsgutschein auszustellen, der bei einer Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann. In dem Beratungsgutschein müssen Beratungsstellen benannt sein, bei denen die Einlösung des Beratungsgutscheins zu Lasten der Pflegekasse möglich ist.

Das Angebot setzt den Abschluss eines Vertrages mit den benannten Beratungsstellen nach § 7b Abs. 2 SGB XI voraus. Beratungsgutscheine sind nur dann auszustellen, wenn die Pflegekasse die Beratung nach § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI nicht selbst anbietet. Die Entscheidung, ob die Pflegekasse einen Beratungsgutschein anbietet, obliegt der Pflegekasse. Der Versicherte hat keinen Rechtsanspruch auf die Ausstellung eines Beratungsgutscheins, wenn die Pflegekasse einen konkreten Beratungstermin nach Maßgabe des § 7b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI anbietet. Ebenso haben Anbieter von Beratungsleistungen keinen Anspruch auf Abschluss eines Beratungsstellenvertrages mit der Pflegekasse.

3.1 Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen

Wenn die Pflegekasse Beratungsgutscheine ausstellt, hat sie sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a SGB XI einhalten. Dazu schließt die Pflegekasse allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen zu

- den Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
- der Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen und
- der Vergütung treffen.

In den Vereinbarungen ist sicherzustellen, dass dabei die Qualitätsanforderungen an die Beratung eingehalten werden. Das betrifft insbesondere die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.08.2008. Ebenfalls muss geregelt sein, dass den Versicherten durch die Beratung in den Beratungsstellen keine Zusatzkosten entstehen.

3.2 Beratung durch kommunale Gebietskörperschaften

Die Pflegekassen können auch allein oder gemeinsam mit kommunalen Gebietskörperschaften, die

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege SGB XII

zuständig sind, Vereinbarungen schließen, nach denen die Einlösung des Beratungsgutscheins zu Lasten der Pflegekasse möglich ist. Die Vereinbarungen beschränken sich auf eine angemessene Vergütung eines möglichen zusätzlichen Verwaltungsaufwandes.

Auch die kommunalen Beratungsstellen haben die Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI sowie die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a SGB XI zu berücksichtigen.

3.3 Datenschutz

Die Einhaltung des Datenschutzes ist zu gewährleisten. Dafür ist eine Datenschutzvereinbarung abzuschließen, die für die Beratungsstelle verbindlich ist. Sie muss alle erforderlichen Maßnahmen regeln, die sich zum Schutz der Versicherten durch das Erfassen ihrer Daten ergeben.

3.4 Unabhängigkeit und Neutralität

Die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstellen ist zu gewährleisten. Dazu ist sicherzustellen, dass die Beratungsstellen zur Vermeidung von Interessenskonflikten finanziell und organisatorisch unabhängig sind.

3.5 Haftungsausschluss

Zum Ausschluss einer Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung der Beratungsstellen entstehen können, ist die Pflegekasse von der Haftung für diese Schäden von den Beratungsstellen freizustellen.

§ 8 SGB XI
Gemeinsame Verantwortung

(1) .....

(2) .....

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(4) …

1. Allgemeines

Diese Regelung zielt mit Blick auf die demographische Entwicklung darauf ab, rechtzeitig die Versorgungsstrukturen und -konzepte in der Pflegeversicherung weiterzuentwickeln. Im Mittelpunkt stehen dabei die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen. Vorrangig sollen personenbezogene Budgets sowie die Umsetzung neuer Wohnkonzepte für Pflegebedürftige modellhaft erprobt werden. Ermöglicht wird damit auch ein Abweichen von den derzeitigen vergütungsrechtlichen Regelungen.

Neben Modellvorhaben und deren wissenschaftliche Begleitung kann der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit auch weitere Maßnahmen wie zum Beispiel Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen fördern. Der damit verbundene Personalmehraufwand beim GKV-Spitzenverband kann ebenfalls aus diesen Mitteln finanziert werden. Ziele, Dauer, Inhalte, Ausgestaltung und Durchführung der oben genannten Maßnahmen bestimmt der GKV-Spitzenverband. Die Fördermittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung finanziert.

§ 13 SGB XI
Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1) Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

1. *nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,*

2. *aus der gesetzlichen Unfallversicherung und*

3. *aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge*

vor.

(2) Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

(3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. *nach dem Zwölften Buch,*

2. *nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,*

3. *nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,*

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weiter gehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,

2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie

3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.

(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

(6) Wird Pflegegeld nach § 37 oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson (§ 19) weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Dies gilt nicht

1. *in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,*
2. *für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.*

1. Nachrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind gegenüber gesetzlichen Entschädigungsleistungen nachrangig. Das Zusammentreffen der Leistungsansprüche wird im § 34 SGB XI geregelt. Das dort normierte Ruhen der Leistungen der Pflegekasse stellt sicher, dass der Pflegebedürftige insgesamt die höchste ihm zustehende Leistung erhält (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

2. Nebeneinander von Leistungen der Pflegeversicherung und von anderen Sozialleistungsträgern

(1) Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V umfasst neben der Behandlungspflege auch die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI. Die Erbringung dieser Leistung führt nach § 34 Abs. 2 SGB XI zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach den §§ 36 bis 38 und 39 SGB XI (zur Besonderheit beim Bezug von Pflegegeld vgl. Ziffer 3 Abs. 2 zu § 34 SGB XI). Demgegenüber wird die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V neben den Leistungen nach den §§ 36 bis 38 und 39 SGB XI erbracht. Soweit die Satzung der Krankenkasse bestimmt, dass zusätzlich zur Behandlungspflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden, endet dieser satzungsgemäße Leistungsanspruch mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V), so dass insoweit Leistungen der Krankenkasse und der Pflegekasse nicht zusammentreffen.

(2) Die Haushaltshilfe (§ 112 SGB III, § 38 SGB V, § 54 SGB IX i. V. m. § 28 SGB VI bzw. § 42 SGB VII) ist aufgrund der gesetzlichen Ausgestaltungsmodalitäten umfassend und ohne besondere Abgrenzungsregelungen zu erbringen. Sie beinhaltet generell die Versorgung des gesamten Haushalts und schließt etwa bei der Beschaffung und Zubereitung der Mahlzeiten alle üblicherweise im Haushalt zu versorgenden Personen ein. Der Inhalt der häuslichen Pflege wird nach §§ 36 bis 38 und 39 SGB XI im Gegensatz hierzu auf die im Einzelfall notwendigen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung begrenzt. Wird die Hilfe zur Haushaltsführung bereits im Rahmen der Erbringung von Haushaltshilfe durch andere Sozialleistungsträger zur Verfügung gestellt, besteht keine Notwendigkeit für eine Hilfe zur Haushaltsführung im Rahmen der häuslichen Pflege. Diese ist dann allein auf Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen auszurichten. Anspruch auf Pflegegeld besteht neben Haushaltshilfe.

(3) Weitere Erläuterungen vgl. auch Ziffer 3 zu § 34 SGB XI.

3. Vorrangigkeit von Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen zur Pflege grundsätzlich vor. Soweit gegenüber der Pflegekasse kein Leistungsanspruch besteht, weil keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, bleibt der Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen – insbesondere auf Sozialhilfe - erhalten (§ 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, § 26c Abs. 1 Satz 2 BVG).

Ferner bleiben die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen unberührt mit der Folge, dass die Träger der Sozialhilfe, die Träger der Kriegsopferfürsorge und die Träger der Jugendhilfe die Leistungen umfassend – also einschließlich der Pflegeleistungen – zur Verfügung zu stellen haben (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Das hat zur Folge, dass die Leis-

tungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich in vollem Umfang zur Verfügung stehen. Zum Ausgleich der pflegebedingten Aufwendungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen beteiligen sich die Pflegekassen an den Aufwendungen dieser Einrichtungen mit 10 v. H. des Heimentgelts, maximal in Höhe von 266,00 EUR im Kalendermonat. Gemäß § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse jedoch nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe erstrecken sich in diesen Fällen auch auf die Pflegeleistungen in der Einrichtung (vgl. § 55 SGB XII). Zu den Einzelheiten vgl. Erläuterungen zu § 43a SGB XI.

4. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen nach dem SGB XII bzw. SGB VIII

Soweit Pflegeleistungen nach diesem Gesetz mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem SGB XII zusammentreffen, ist in jedem Einzelfall und mit Zustimmung des Leistungsberechtigten, zwischen der Pflegekasse und dem Träger der Eingliederungshilfe eine Vereinbarung zu treffen. Die Vereinbarung regelt,

- dass der Träger der Eingliederungshilfe auch die Pflegeleistungen nach Maßgabe des Leistungsbescheides der Pflegekasse übernimmt,
- die Pflegekasse dem Träger der Eingliederungshilfe die Kosten erstattet sowie
- die Modalitäten zur Übernahme, Durchführung und Erstattung der Leistungen.

Soweit darüber hinaus ebenfalls Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII oder dem BVG zu erbringen sind, ist außerdem auch der zuständige Sozialhilfeträger zu beteiligen.

Der GKV-Spitzenverband entwickelt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 01.01.2018 in Empfehlungen das Nähere zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Kostenerstattung und der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers, um so eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern.

5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Fürsorgeleistungen zur Pflege

Der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege wird insoweit durchbrochen, als der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege grundsätzlich keine Berücksichtigung findet (vgl. Ziffer 6 zu § 45b SGB XI). Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander (vgl. hierzu Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8.10.2008, Rundschreiben Nr. 2008/141 des GKV-Spitzenverbandes). Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Regelungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Entlastungsbetrag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

6. Nichtanrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung als Einkommen

Das an Pflegebedürftige gezahlte Pflegegeld nach § 37 SGB XI und das Pflegegeld aus der PKV stellen keine Einnahmen zum Lebensunterhalt und kein Gesamteinkommen dar, das bei der Prüfung der Familienversicherung nach § 10 SGB V und bei der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu berücksichtigen ist. Gleiches gilt in Bezug auf die Pflegeperson, und zwar ungeachtet dessen, ob der Pflegebedürftige das Pflegegeld in voller Höhe oder nur teilweise an die Pflegeperson weiterleitet (vgl. Artikel 26 Nr. 1 PflegeVG; Urteil des BSG vom 08.12.1992 – 1 RK 11/92 –, USK 9273; Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt vom 22./23.01.2008, Ziffer 7 sowie Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zum Gesamteinkommen vom 24.10.2008, Ziffer 5.1). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die Pflege im Rahmen eines zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeperson bestehenden Beschäftigungsverhältnisses erbracht wird. Ggf. bestimmt sich die notwendige Berücksichtigung bei der Anwendung der §§ 10 und 62 SGB V nach dem vom Pflegebedürftigen gezahlten Arbeitsentgelt im Sinne des § 14 SGB IV, und nicht danach, inwieweit dieses tatsächlich aus dem Pflegegeld bestritten wird.

Die voranstehenden Ausführungen gelten nicht für das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI. Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Lohnersatzleistung für entgangenes Arbeitsentgelt wie auch andere Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Kinderkrankengeld oder Verletztengeld) als Einnahme zum Lebensunterhalt. Somit wird das Pflegeunterstützungsgeld als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, berücksichtigt.

7. Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes

Wird Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt. Diese Regelung steht nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit den Anspruchsvoraussetzungen, der Höhe und der Zahlungsweise des Pflegegeldes. Nach den Gesetzesmaterialien soll sichergestellt werden, dass die Pflegeperson das Pflegegeld möglichst ungeschmälert erhält. So wird erreicht, dass z. B. bei einer geschiedenen Ehefrau nicht mehr der Unterhaltsanspruch gegenüber dem geschiedenen Ehemann gemindert wird, wenn sie für die Pflege des gemeinsamen pflegebedürftigen Kindes Pflegegeld erhält.

§ 14 SGB XI
Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien.

1. *Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;*

2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;*

3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;*

4. *Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urustoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;*

5. *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:*

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

1. Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig i. S. d. SGB XI sind Personen, die aufgrund von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach Maßgabe der im Gesetz abschließend definierten Kriterien in den sechs Bereichen des § 14 Abs. 2 SGB XI der Hilfe anderer bedürfen. Der Hilfebedarf muss auf den in den Kriterien beschriebenen, gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten beruhen; andere Ursachen für einen Hilfebedarf bleiben außer Betracht. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld ermittelt. Dabei sind nur solche Personen pflegebedürftig, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen sowie gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und der Hilfebedarf durch andere müssen zumindest in der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Liegt der erforderliche Hilfebedarf nur kurzzeitig oder unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 15 Abs. 2 Satz 6 Nr. 2 und Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 SGB XI bzw. bei Kindern im Alter bis 18 Monaten nach § 15 Abs. 7 Nr. 1 SGB XI vor, ist dieser nicht von der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherten zu finanzieren. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der Einzelne – entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfen gegenüber der Eigenverantwortung – selbst einstehen.

(2) Hinsichtlich der Eigenbeteiligungen besteht evtl. ein Anspruch auf die fürsorgerischen Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) bzw. ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. SGB VIII (vgl. Ziffern 3 bis 5 zu § 13 SGB XI).

2. Dauer der Pflegebedürftigkeit

(1) Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI setzt eine auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehende Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Antragstellers mit daraus resultierendem Bedarf an Hilfe durch andere voraus. Der Einschub "voraussichtlich für mindestens sechs Monate" präzisiert den Begriff "auf Dauer" in mehrfacher Hinsicht. Zum einen wird festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens sechs Monaten die Voraussetzung "auf Dauer" erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Beeinträchtigung

mindestens sechs Monate andauern wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn die Beeinträchtigung der Selbständigkeit nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

(2) Bei der Bestimmung des Sechs-Monats-Zeitraums ist vom Eintritt der Beeinträchtigung und nicht vom Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen.

(3) Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad für mindestens sechs Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich die gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten des Antragstellers, z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen, pflegegradrelevant verringert, kann die Zuordnung zu einem Pflegegrad auf Empfehlung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters für die Dauer der wahrscheinlichen Pflegebedürftigkeit befristet werden (vgl. Ziffer 3 zu § 33 SGB XI).

3. Gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten

Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen. Diese Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Kriterien oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien dar, anhand derer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt werden sollen. Die einzelnen Kriterien sind in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 SGB XI in der Fassung ab dem 01.01.2017 durch den GKV-Spitzenverband pflegefachlich konkretisiert. Insbesondere sind in den Begutachtungs-Richtlinien die fachlichen Hintergründe und Inhalte der Kriterien hinterlegt, an die die Gutachter des MDK und die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei der Begutachtung bundesweit gebunden sind. Es handelt sich um die nachfolgenden sechs Bereiche:

Bereich 1: Mobilität

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen/ zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Positionswechsel im Bett
- Halten einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs
- Treppensteigen

Bereich 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Bereich werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat. Der Bereich beinhaltet die folgenden Kriterien:

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld
- Örtliche Orientierung

- Zeitliche Orientierung
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
- Erkennen von Risiken und Gefahren
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
- Verstehen von Aufforderungen
- Beteiligen an einem Gespräch

Bereich 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Bereich werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit der Antragsteller sein Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender „Selbststeuerung“ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- Psychisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Bereich 4: Selbstversorgung

In diesem Bereich ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien sind wie folgt:

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken
- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma
- Ernährung parenteral oder über Sonde,

- Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen.

Bereich 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

In diesem Bereich geht es um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der Hilfe durch andere Personen dokumentiert (oftmals identisch mit der ärztlich angeordneten Häufigkeit).

- Medikation
- Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung
- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3. Std.)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)
- Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften
- Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern

Bereich 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Die Kriterien im Einzelnen sind wie folgt:

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen
- Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
- Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

Besondere Bedarfskonstellation

Zusätzlich wird erfasst, ob eine besondere Bedarfskonstellation vorliegt. Besondere Bedarfskonstellationen betreffen Antragsteller mit schwersten Beeinträchtigungen und einem außergewöhnlich hohen bzw. intensiven Hilfebedarf, der besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweist. Das Vorliegen einer besonderen Bedarfskonstellation wird in

den Begutachtungs-Richtlinien definiert (vgl. Ziffer 2 zu § 15 SGB XI). Hier wird das Kriterium Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine berücksichtigt.

4. Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass der Antragsteller die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, wird bereits in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen erfasst. Damit sind die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Bereiche erhoben. So führt beispielsweise eine Beeinträchtigung der Mobilität in aller Regel auch dazu, dass das selbständige Einkaufen erschwert ist. Zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung werden die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten bei der Haushaltsführung in zwei Bereichen (Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) gesondert erhoben (vgl. auch § 18 Abs. 5a SGB XI). Sie werden jedoch nicht zur Ermittlung des Pflegegrades herangezogen. Gleichwohl sind die erhobenen Kriterien bei der Haushaltsführung von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation und die Verbesserung der häuslichen Versorgung. Sie dienen damit einerseits als Grundlage für eine differenzierte und individuelle Versorgungsplanung und andererseits als Anhaltspunkte für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI.

Bereich 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen. Es handelt sich um folgende Kriterien:

- Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung
- Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder Einrichtung
- Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr
- Mitfahren in einem Kraftfahrzeug
- Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen
- Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes
- Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen

Bereich 8: Haushaltsführung

Maßgeblich ist, ob der Antragsteller die Aktivität in den nachfolgend genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

- Einkaufen für den täglichen Bedarf
- Zubereitung einfacher Mahlzeiten
- Einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten
- Aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege
- Nutzung von Dienstleistungen
- Umgang mit finanziellen Angelegenheiten
- Umgang mit Behördenangelegenheiten

§ 15 SGB XI
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. *Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
2. *Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
3. *Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
4. *Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und*
5. *Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.*

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. *Mobilität mit 10 Prozent,*
2. *kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,*
3. *Selbstversorgung mit 40 Prozent,*
4. *Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,*
5. *Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.*

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. *ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
2. *ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
3. *ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*
4. *ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,*

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggressionen	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

<u>Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12.</u>

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesen- reinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3

4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	Entfällt	Teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.
Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte

4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kinder bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 – 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahmen pro Tag	Keine oder seltener als einmal täglich	Mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	Mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	Mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der

Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 – 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahmen pro Tag	Keine oder seltener als einmal wöchentlich	Ein- bis mehrmals wöchentlich	Ein- bis unter dreimal täglich	Mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	Entfällt oder selbständig	täglich	Wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	Monatliche Häufigkeit multipliziert mit

5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60 und	mehr		6

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	Entfällt	Teilweise	vollständig
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	4,3	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Selbständig	Überwiegend selbständig	Überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds				

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

“.

1. Allgemeines

(1) Der Leistungsanspruch nach dem SGB XI bestimmt sich danach, ob und ggf. in welchen Pflegegrad der Pflegebedürftige einzustufen ist. Die Einstufung in einen Pflegegrad ist abhängig von der Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die

- voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen (Ausnahme: Die zu erwartende Lebensspanne beträgt voraussichtlich weniger als sechs Monate) oder

- einen Hilfebedarf unterhalb der Schwelle der geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach § 15 Abs. 2 Satz 6 Nr. 2 und Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 SGB XI bzw. bei Kindern im Alter bis 18 Monaten nach § 15 Abs. 7 Nr. 1 SGB XI haben, oder

sind nicht leistungsberechtigt nach den §§ 36 bis 45b SGB XI; ggf. kann aber ein Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe bestehen (vgl. Ziffer 3 Abs. 1 zu § 13 SGB XI).

(2) Eine Höherstufung in einen anderen Pflegegrad ist nur dann möglich, wenn sich das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten auf Dauer erhöht, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate – gerechnet ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (§ 48 SGB X gilt – vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI).

(3) Ist ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 bis 5 in einen geringeren Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 2) einzustufen, weil beispielsweise die Pflegebedürftigkeit durch eine Leistung zur Rehabilitation gemindert werden konnte, sind die Leistungen nach den §§ 36 bis 44 SGB XI für die Zukunft zu vermindern (zu dem ggf. bestehenden Anspruch vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf Zahlung eines einmaligen Bonusbetrages für erfolgreiche aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen vgl. § 87a Abs. 4 SGB XI). Die Vorschriften des SGB X sind zu beachten. Hinsichtlich des Besitzstandsschutzes im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vgl. Ziffer 3 zu § 140 SGB XI.

Ist ein Pflegebedürftiger des Pflegerades 2 bis 5 in den Pflegegrad 1 einzustufen, besteht lediglich ein Anspruch auf Leistungen nach § 28a SGB XI. Die Leistungszusage für die Leistungen nach §§ 36 bis 44 SGB XI ist für die Zukunft aufzuheben (§ 48 SGB X gilt). Sofern der Pflegebedürftige Leistungen nach den §§ 38a, 40, 43b und 45b SGB XI erhält, besteht der Leistungsanspruch weiterhin. Befindet sich der Pflegebedürftige in einer vollstationären Pflegeeinrichtung wird ein Zuschuss in Höhe von 125,00 EUR gewährt.

Fällt die Pflegebedürftigkeit weg ist die Leistungszusage ebenfalls für die Zukunft aufzuheben (§ 48 SGB X gilt).

(4) Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad für mindestens sechs Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich der Hilfebedarf z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegegradrelevant verringert, kann auf Empfehlung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters die Zuordnung zum Pflegegrad befristet werden (vgl. Ziffer 3 zu § 33 SGB XI).

2. Pflegegrade

Der Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Insgesamt gibt es fünf Pflegegrade:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegerad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt mit Hilfe eines Begutachtungsinstruments (vgl. Begutachtungs-Richtlinien). Dieses ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

in § 14 Abs. 2 SGB XI entsprechen. Zusätzlich umfasst es die Bereiche Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Diese werden zwar festgestellt, sie gehen jedoch nicht in die Ermittlung des Pflegegrades mit ein. In den einzelnen Kriterien der Module 1 bis 6 wird die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bewertet und für jedes erhobene Kriterium je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Einzelpunkte vergeben. Zudem werden die Module im Verhältnis zueinander gewichtet, um körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen anhand eines übergreifenden Maßstabs, der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, in ein Verhältnis zu stellen, das die verschiedenen Arten von Beeinträchtigungen angemessen berücksichtigt. Aus dem so ermittelten Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet.

Die Konkretisierung der Kategorien der Module, der jeweiligen Einzelpunkte, Summe der Einzelpunkte und gewichteten Punkte in jedem Modul ist in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI festgelegt.

3. Ermittlung der Gesamtpunkte

Zunächst werden in den Modulen 1 bis 6 für jedes Kriterium der Bereiche des § 14 Abs. 2 SGB XI die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten erhoben. Mit Ausnahme von Modul 5 ist für die Bewertung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten eine Skalierung von vier Schweregraden vorgesehen. Je nach Ausprägung des Kriteriums wird eine entsprechende Punktzahl vergeben.

In den Modulen 1, 4 und 6 wird der Grad der Selbständigkeit des Antragstellers anhand einer vierstufigen Skala von selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig bis unselbständig zugeordnet.

selbständig: Selbständig ist ein Antragsteller, wenn er die Aktivität in der Regel selbständig durchführen kann. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass der Antragsteller keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

überwiegend selbständig: Überwiegende Selbständigkeit liegt vor, wenn der Antragsteller den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen kann. Dementsprechend entsteht nur ein geringer, mäßiger Aufwand für die Pflegeperson.

überwiegend unselbständig: Überwiegende Unselbständigkeit des Antragstellers liegt vor, wenn die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchgeführt werden kann. Es sind aber Ressourcen vorhanden, so dass eine Beteiligung möglich ist. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

Unselbständig: Unselbständigkeit liegt vor, wenn der Antragsteller die Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen bzw. steuern kann, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle des Antragstellers durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (z. B wenn sich der Antragsteller im sehr geringen Umfang mit Teilhandlungen beteiligt).

Im **Modul 2** wird die Intensität einer funktionalen Beeinträchtigung bezüglich kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten einer vierstufigen Skala zugeordnet:

- Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt
- Fähigkeit größtenteils vorhanden
- Fähigkeit in geringem Maße vorhanden
- Fähigkeit nicht vorhanden

Fähigkeit vorhanden bzw. unbeeinträchtigt: Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden

Fähigkeit größtenteils vorhanden: Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Der Antragsteller hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

Fähigkeit in geringem Maße vorhanden: Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Der Antragsteller hat häufig und/oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

Fähigkeit nicht vorhanden: Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Im **Modul 3** wird die Häufigkeit des Auftretens bezüglich der Verhaltensweisen einer vierstufigen Skala zugeordnet:

- nie oder sehr selten
- selten, d.h. ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen
- häufig, d.h. zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich
- täglich

Im **Modul 5** werden verschiedene Kategorien bewertet, also das Vorkommen, die Häufigkeit des Auftretens und die Selbständigkeit des Antragstellers bei der Durchführung.

Die Einzelpunkte der jeweiligen Kategorien eines Moduls sind in Anlage 1 zu § 15 SGB XI festgesetzt. Die so ermittelten Einzelpunkte werden zu einem Gesamtwert aufsummiert. Dieser Gesamtwert wird je nach Schwere der Beeinträchtigungen einem gewichteten Punktwert zugeordnet, der das Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit des jeweiligen Moduls widerspiegelt. Der gewichtete Punktwert ist in Anlage 2 zu § 15 SGB XI festgesetzt. Die Module werden wie folgt gewichtet:

- Mobilität: 10 v. H.

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: 15 v. H.
- Selbstversorgung: 40 v. H.
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen: 20 v. H.
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15 v. H.

Module		**Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten**				
		keine 0	Geringe 1	erhebliche 2	schwere 3	schwerste 4
Mobilität (10 v.H.)	Summe der Punkte Modul 1	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15
	Gewichtete Punkte Modul 1	0	2,5	5	7,5	10
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Summe der Punkte Modul 2	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Summe der Punkte Modul 3	0	1-2	3-4	5-6	7-65
Höchster Wert aus Modul 2 oder 3 (15 v. H.)	Gewichtete Punkte Modul 2 und 3	0	3,75	7,5	11,25	15
Selbstversorgung (40 v. H.)	Summe der Punkte Modul 4	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54
	Gewichtete Punkte Modul 4	0	10	20	30	40
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (20 v. H.)	Summe der Punkte Modul 5	0	1	2-3	4-5	6-15
	Gewichtete Punkte Modul 5	0	5	10	15	20
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 v. H.)	Summe der Punkte Modul 6	0	1-3	4-6	7-11	12-18
	Gewichtete Punkte Modul 6	0	3,75	7,5	11,25	15

Aus der Zusammenführung aller gewichteten modulspezifischen Punkte ergibt sich der Gesamtpunktwert, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und auf dessen Grundlage sich der Pflegegrad ableitet. Eine Besonderheit besteht darin, dass nicht beide Werte der Module 2 und 3, sondern nur der höchste der beiden Werte in die Berechnung eingeht.

Auf der Basis des ermittelten Gesamtpunkts ist der Antragsteller in einen der Pflegegrade einzuordnen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Gesamtpunktwert mindestens 12,5 Punkte beträgt. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

- Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte.

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen aufgrund der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet.

4. Besonderheiten bei Kindern

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern gelten grundsätzlich die Prinzipien der Erwachsenenbegutachtung. Jedoch sind pflegebedürftige Kinder zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung eines Hilfebedarfs ist nicht die altersbedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, sondern solche, die darüber hinausgehen. Im Übrigen gelten für die Feststellung und Ermittlung des Pflegerades bei Kindern grundsätzlich die Prinzipien des Begutachtungsinstruments. Jedoch findet für Kinder bis zur Vollendung des 11. Lebensjahres eine andere Punktesystematik Anwendung. Diese ist den Begutachtungs-Richtlinien zu entnehmen. Ab dem 12. Lebensjahr gilt die Punktsystematik für Erwachsene.

Bei Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensmonat werden aufgrund ihrer noch natürlichen Unselbständigkeit nur die altersunabhängigen Module 3 „Verhalten und psychische Problemlagen“ und Modul 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ zur Beurteilung herangezogen. An Stelle von Modul 4 „Selbstversorgung“ ist die Frage zu beantworten, ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen, bestehen. Kinder dieser Altersgruppe werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder nach dem 18. Lebensmonat und als Erwachsene:

- Pflegegrad 2: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 3: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 4: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
- Pflegegrad 5: ab 70 bis 100 Gesamtpunkte,

Kinder dieser Altersgruppe können in diesem Pflegegrad ohne weitere Begutachtung bis zum vollendeten 18. Lebensmonat verbleiben, soweit zwischenzeitlich kein Höherstufungsantrag gestellt wird oder eine Wiederholungsbegutachtung aus fachlicher Sicht notwendig ist. Nach dem 18. Lebensmonat erfolgt eine reguläre Einstufung entsprechend § 15 Abs. 3 SGB XI, ohne dass es einer erneuten Begutachtung bedarf. Eine erneute Begutachtung erfolgt daher nur, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind (z. B. durch eine erfolgreiche Operation einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte oder eines angeborenen Herzfehlers).

Das Kriterium hinsichtlich des Vorliegens einer besonderen Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine ist altersunabhängig immer zu bewerten.

§ 17 SGB XI
Richtlinien der Pflegekassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(1b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. November 2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflege sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Im Übrigen gilt § 17a Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt eine wissenschaftliche Evaluation der Richtlinien in Auftrag. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2018 zu veröffentlichen.

(2) Die Richtlinien nach den Absätzen 1,1a und 1b werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

1. Begutachtungs-Richtlinien

Es gelten die Begutachtungs-Richtlinien vom 15.04.2016.

2. Pflegeberatungs-Richtlinien

Es gelten die Pflegeberatungs-Richtlinien. Diese sind erstmals zum 31.07.2018 zu erlassen.

3. Kostenabgrenzungs-Richtlinien

Es gelten die Kostenabgrenzungs-Richtlinien vom 16.12.2016.

§ 18 SGB XI
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.

(1a) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(2a) Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. *liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder*
2. *wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder*
1. *wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,*

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. *soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, oder*
2. *wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.*

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3. Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Absatz1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. *außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;*
2. *Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.*

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.“

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragten Gutachter hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellung zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

1. Allgemeines

(1) Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist in den Begutachtungs-Richtlinien (vgl. §§ 17, 53a Satz 1 Nr. 2 SGB XI) verbindlich geregelt. Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung in einen Pflegegrad ist von der Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zu treffen und ihr obliegt auch die Entscheidung über die zu erbringenden Leistungen nach dem SGB XI.

Die Pflegekasse hat – trotz evtl. vorliegender eindeutiger Aussagen – bei Eingang des Leistungsantrags des Versicherten eine Prüfung durch den MDK oder durch einen von ihr beauftragten Gutachter zu veranlassen. Ausnahmsweise kann die Einschaltung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne eine Begutachtung von vornherein verneint werden können.

(2) Als Leistungsantrag ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit bestimmter Leistungen nicht erforderlich. Häufig wird aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich sein, dass eine Pflegebedürftigkeit oder die Notwendigkeit zur Erbringung bestimmter diesbezüglicher Leistungen besteht. Ggf. wird die Pflegekasse auf Initiative der Krankenkasse (§ 7 Abs. 2 SGB XI) tätig. Ausreichend ist auch die mit Einwilligung des Versicherten erfolgte Unterrichtung der Pflegekasse durch Dritte (§ 7 Abs. 2 SGB XI, §§ 20, 21 SGB X). Die Pflegekasse bittet den Versicherten bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer oder gesetzlichen Vertreter, dem MDK oder dem von ihr beauftragten Gutachter eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten und ihn betreuenden Pflegekräften zu erteilen, sofern dies nicht bereits im Rahmen der Antragstellung (vgl. § 17 Abs. 1 Nr. 3 SGB I) erfolgt ist und klärt ihn über die Mitwirkungspflichten auf.

(3) In den Begutachtungs-Richtlinien werden die Begutachtungskriterien erläutert. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und den MDK sowie die von den Pflegekassen beauftragten Gutachter verbindlich.

(4) Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Hierzu wurden auf regionaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem MDK Vereinbarungen über ärztliche Informationen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geschlossen. Darüber hinaus hat der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter mit Einverständnis des Versicherten auch dessen pflegende Angehörige, Lebenspartner und sonstige an der Pflege beteiligte Personen oder Dienste in die Begutachtung mit einzubeziehen und zu befragen.

Bei zwischenzeitlich eingetretenem Tod des Antragstellers ist das laufende Antrags- und Begutachtungsverfahren fortzuführen. Aufgrund der geschlossenen Vereinbarungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den MDK nach § 18 Abs. 4 SGB XI sind Arztanfragen für zwischenzeitlich verstorbene Antragsteller vorgesehen, so dass bei diesen Fallgestaltungen eine Begutachtung nach Aktenlage durch den MDK realisierbar ist.

2. Untersuchungsort/-ergebnis

(1) Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit ist ein komplexer Begutachtungsvorgang, der aus einer zielorientierten Untersuchung besteht. Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat den Versicherten im Wohnbereich zu untersuchen. Durch die Untersuchung soll die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Antragstellers in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ermittelt werden. Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen zur Sicherstellung der Weiterversorgung kurzfristig erforderlich sind, sollte die Begutachtung auch in der Einrichtung, in der sich der Versicherte im Zeitpunkt der Antragsstellung befindet, erfolgen. Mit der Einwilligung des Versicherten schließt die Begutachtung in Einrichtungen im Einzelfall auch die Begutachtung der häuslichen Situation mit ein, um ein möglichst reibungsloses Anlaufen der Leistungen der Pflegekasse (z. B. Kurzzeitpflege im direkten Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung) zu gewährleisten. Bei Versi-

cherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, erfolgt die Begutachtung im stationären Bereich.

(2) Steht das Ergebnis der Begutachtung aufgrund eindeutiger Aktenlage bereits fest, kann die Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten ausnahmsweise unterbleiben. Das Gutachten nach Aktenlage hat nach den Bestimmungen der Begutachtungsrichtlinien zu erfolgen. Erforderliche andere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) können dennoch einen Hausbesuch erfordern.

(3) Lässt der Versicherte sich nicht in seiner häuslichen Umgebung begutachten, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern (§§ 62, 66 SGB I gelten). Lebt der Versicherte in der Wohnung eines Dritten (z. B. eines Angehörigen) gilt dies ebenfalls, und zwar selbst dann, wenn nur der Wohnungsinhaber die Begutachtung in der Wohnung verhindert. Verweigert ein bereits anerkannter Pflegebedürftiger eine Begutachtung, die für die Feststellung eines höheren Pflegegrades erforderlich ist, führt die Verweigerung nicht zum Wegfall der Leistungen des niedrigeren, bereits anerkannten Pflegegrades, es sei denn, am Fortbestehen dieses Pflegegrades bestehen Zweifel.

(4) Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter teilt der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung in dem verbindlichen Formulargutachten (vgl. Punkt 6.2 "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit " der Begutachtungs-Richtlinien) unverzüglich mit. In dem Gutachten ist differenziert unter anderem zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,

- Pflegegrad,

- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Des Weiteren hat der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter, soweit erforderlich, über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend in einem Empfehlungsteil (individueller Pflegeplan) Aussagen

- über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,

- über notwendige Hilfs- und Pflegehilfsmittel (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),

- zu dem Ergebnis der Prüfung, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind,

- über das Bestehen eines Beratungsbedarfs zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V sowie

- zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Beantragt der Versicherte Pflegegeld, erstreckt sich die Stellungnahme auch darauf, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Im Weiteren hat der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter den Antragsteller in der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a SGB XI, das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Aufgrund der besonderen Bedeutung ist das Gutachten daher dem Antragsteller grundsätzlich mit der Zusendung des Bescheids der Pflegekasse zu übersenden. Dies darf jedoch nicht gegen den Wunsch des Antragstellers erfolgen, so dass der Antragsteller in der Begutachtung vom MDK oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf sein Widerspruchsrecht hinzuweisen ist. Dies umfasst auch den Hinweis auf eine Übersendung des Gutachtens zu einem späteren Zeitpunkt. In dem Formulargutachten ist zu erfassen, ob der Antragsteller der Übersendung widerspricht.

Sofern der Träger der Sozialhilfe zur Prüfung der Leistungspflicht nach § 61 Abs. 1 SGB XII das Gutachten des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters benötigt, kann die Pflegekasse dieses zur Verfügung stellen, wenn der Versicherte von der Pflegekasse in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hingewiesen wurde und nicht widersprochen hat (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

3. Wiederholungsbegutachtungen

(1) Die Begutachtung durch den MDK oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter ist in angemessenen Zeitabständen auf der Grundlage der Empfehlung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu wiederholen, sofern der Pflegekasse nicht vorher eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation (z. B. Verschlimmerung) bekannt wird. In diesen Fällen stellt die Pflegekasse dem MDK oder dem von der Pflegekasse beauftragtem Gutachter die relevanten Unterlagen zur Verfügung. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar. Die Angemessenheit der Zeitabstände richtet sich insbesondere nach dem vom MDK oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter ermittelten Befund und nach der über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit abgegebenen Prognose. Wiederholungsbegutachtungen dienen insbesondere der Prüfung, ob

- und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Leistungen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind,

- Hinweise zur Sicherstellung der häuslichen Pflege oder

- Leistungen nach § 40 SGB XI angezeigt sind bzw. gegeben werden können, oder ob

- der zuerkannte Pflegegrad noch zutreffend ist.

Dabei sind die Intervalle für Wiederholungsbegutachtungen im Einzelfall festzulegen (vgl. Ziffer 9 des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit).

In der Zeit vom 01.07.2016 bis zum 31.12.2016 werden grundsätzlich keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, außer wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten ist. Dies gilt auch dann, wenn der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter eine Wiederholungsbegutachtung in diesem Zeitraum empfohlen hat (vgl. § 18 Abs. 2a SGB XI). Dies gilt im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 gleichermaßen für Pflegebedürftige, die nach § 140 SGB XI in einen Pflegegrad übergeleitet wurden (vgl. § 142 Abs. 1 SGB XI).

(2) Beantragt der Pflegebedürftige eine Höherstufung, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag. Die Pflegekasse stellt hierfür dem MDK oder dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter die relevanten Unterlagen für die Durchführung der Begutachtung zur Verfügung.

(3) Soweit die Pflegekasse – z. B. aufgrund des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Hinweise erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in Betracht.

4. Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen

4.1. Allgemeines

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller im Regelfall innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang die Entscheidung über seinen Antrag mitzuteilen. Diese Frist ist vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 grundsätzlich unbeachtlich. Die Frist von 25 Arbeitstagen gilt in diesem Zeitraum jedoch weiterhin für Antragsteller, die ab dem 01.11.2016 einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen, sofern ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt (vgl. Ziffer 4.4).

Für besondere Fallgestaltungen, in denen Leistungsentscheidungen kurzfristig erforderlich sind, um die Weiterversorgung zu organisieren oder ergänzende Ansprüche realisieren zu können, sieht die gesetzliche Regelung explizite Fristen für die Begutachtung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters vor. So ist die Begutachtung durch den MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters in der Einrichtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn

- sich der Versicherte in einer Einrichtung (im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung) befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder

- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder

- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde.

Diese Frist kann in regionalen Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Versicherte in einem Hospiz oder wird ambulant palliativ versorgt, gilt ebenfalls die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Darüber hinaus gilt für Antragsteller, die im häuslichen Bereich gepflegt werden, ohne palliativ versorgt zu werden, eine Begutachtungsfrist von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse, wenn gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 Familienpflegezeitgesetz vereinbart wurde. In diesen Fällen ist es umso wichtiger, dass die Pflegekasse dem MDK oder dem von ihr beauftragten Gutachter bei Eingang des Antrags oder aufgrund anderer vorliegender Hinweise die relevanten Unterlagen für die Durchführung der Begutachtung unverzüglich, z. B. per Fax, zur Verfügung stellt.

4.2 Fristberechnung

Die Frist zur Entscheidung über die Bewilligung von Leistungen der Pflegekasse nach § 18 Abs. 3 SGB XI beginnt mit dem Tag nach Eingang des Antrags. Die Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sind bei der Pflegekasse zu stellen (§ 33 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 1 Abs. 3 SGB XI). Antragsberechtigt ist der Versicherte bzw. ein von ihm Bevollmächtigter, sein Betreuer oder gesetzlicher Vertreter (vgl. Ziffer 1 zu § 33 SGB XI).

Die Frist endet nach einer oder zwei Wochen bzw. 25 Arbeitstagen. Fällt der Tag des Fristablaufs bei der 1- oder 2-Wochen-Frist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag ab.

Beispiel 1

Der Versicherte befindet sich im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt. Daher gilt die 1-Wochen-Frist.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 26.04.2017
Fristbeginn	am 27.04.2017
Fristende	am 03.05.2017

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthaltes im Krankenhaus und der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrags des Versicherten am 27.04.2017 und endet am 03.05.2017. Da es sich hier um eine Wochenfrist handelt, sind Feiertage (01.05.2017) für die Fristberechnung unerheblich.

Beispiel 2

Der Versicherte befindet sich in seinem häuslichen Umfeld ohne palliativ versorgt zu werden und die Inanspruchnahme von Familienpflegezeit nach dem FPfZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt. Es gilt daher die 2-Wochen-Frist.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 19.09.2017
Fristbeginn	am 20.09.2017
Fristende	am 04.10.2017

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthalts des Versicherten in seinem häuslichen Umfeld ohne palliativ versorgt zu werden und der Ankündigung der Inanspruchnahme von Familienpflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von zwei Wochen. Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrags des Versicherten am 20.09.2017 und würde demnach am 03.10.2017 enden. Da es sich hierbei um einen gesetzlichen Feiertag handelt, läuft die Frist am darauf folgenden Werktag den 04.10.2017 ab.

Beispiel 3

Es gilt die 25-Arbeitstage-Frist

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 03.01.2018
Fristbeginn	am 04.01.2018
Fristende	am 07.02.2018

Ergebnis:

Die Frist beginnt am 04.01.2018, also am Tag nach Eingang des Antrages des Versicherten bei seiner Pflegekasse, und endet am Mittwoch, den 07.02.2018.

4.3 Fristüberschreitung

(1) Die Pflegekasse ist zur unverzüglichen Zahlung von 70,00 EUR für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung an den Antragsteller verpflichtet, sofern sie den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags erteilt oder eine der in § 18 Abs. 3 SGB XI genannten verkürzten Begutachtungsfristen (eine bzw. zwei Wochen) nicht eingehalten hat. Die Zahlungspflicht gilt nicht für Wiederholungs- oder Widerspruchsgutachten und befristete Leistungsbewilligungen oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits eine mindestens erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist. Die Fristberechnung erfolgt auf der Grundlage des § 26 SGB X i. V. m. den §§ 187 ff BGB.

Beispiel 1

Es gilt die 25-Arbeitstage-Frist

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 26.03.2018
Fristbeginn	am 27.03.2018
Fristende	am 03.05.2018
Bescheiderteilung	am 07.05.2018

Ergebnis:

Die Pflegekasse hätte den Bescheid über den Antrag des Versicherten bis spätestens zum 03.05.2018 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch am 07.05.2018 erteilt wurde, hat die Pflegekasse die 25-Arbeitstage-Frist überschritten. Da sie die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 EUR verpflichtet.

(2) Die Zahlungspflicht besteht nur gegenüber dem Antragsteller. Antragsteller ist immer der Versicherte, der den Antrag gestellt hat oder für den der Antrag von einem Dritten als Vertreter gestellt wurde. Der Begriff des Antragstellers wird auch an anderer Stelle im XI. Buch des Sozialgesetzbuches - z. B. in § 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI - synonym für die Versicherten verwendet, die den Anspruch geltend machen oder für die er geltend gemacht wurde.

Die Zahlung wegen Fristüberschreitung ist keine „Pflegeleistung“ im Sinne des SGB XI. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten daher die Zahlung wegen Fristüberschreitung in voller Höhe. Weil es sich bei der Zusatzzahlung nicht um eine Leistung der Pflegeversicherung nach § 28 SGB XI handelt, kann sie nicht Gegenstand der Sonderrechtsnachfolge nach § 56 SGB I oder der Vererbung nach § 58 SGB I werden.

Die Zahlungspflicht entsteht auch, wenn eine der unter Ziffer 4.1 genannten verkürzten Begutachtungsfristen überschritten wird. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang des Gutachtens des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters die Entscheidung schriftlich mitzuteilen.

Beispiel 2

Teil 1

Der Versicherte befindet sich im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 12.11.2018
Fristbeginn	am 13.11.2018
Fristende	am 19.11.2018
Begutachtung	am 22.11.2018

Ergebnis:

Aufgrund des Aufenthaltes im Krankenhaus und der Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrags des Versicherten am 13.11.2018 und endet am 19.11.2018. Die Begutachtung durch den MDK erfolgt erst am 22.11.2018 und damit nicht innerhalb der 1-Wochen-Frist. Da die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie zur Zahlung von 70,00 EUR verpflichtet.

Teil 2

Wie in Teil 1 befindet sich der Versicherte im Krankenhaus und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem PflegeZG wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson angekündigt. Der Antrag geht am 12.11.2018 bei der Pflegekasse ein. Die Begutachtung durch den MDK erfolgt am 16.11.2018. Das Gutachten ging bei der Pflegekasse am 22.11.2018 ein. Am 26.11.2018 wird dem Versicherten der Bescheid über den Antrag erteilt.

Ergebnis:

Wie in Teil 1 gilt die verkürzte Begutachtungsfrist von einer Woche. Der Beginn der Frist zur Begutachtung ist am 13.11.2018, einen Tag nach Antragseingang bei der Pflegekasse. Der Leistungsbescheid wird zwar erst am 26.11.2018 erteilt, da das Gutachten am 22.11.2018 bei der Pflegekasse einging. Die Begutachtung erfolgte jedoch am 16.11.2018 und damit innerhalb der 1-Wochen-Frist. Weil keine Fristüberschreitung vorliegt, besteht keine Zahlungspflicht der Pflegekasse nach § 18 Abs. 3b SGB XI.

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung eine Zusatzzahlung zu leisten. Die Verpflichtung zur Leistung der Zusatzzahlung beginnt am Tag nach Ablauf der Fristen nach § 18 Abs. 3 SGB XI. Wenn das Ende der Wochenfrist (der Zeit-

raum nach Ablauf der 1- oder 2- Wochen-Frist oder 25-Arbeitstage-Frist) auf einen Feiertag fällt, führt es nicht zu einer Fristverlängerung auf den nächsten Werktag.

Beispiel 3

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 22.08.2018
Fristbeginn	am 23.08.2018
Fristende	am 26.09.2018
Fristbeginn 1. Woche der Fristüberschreitung	am 27.09.2018
Fristende 1. Woche der Fristüberschreitung	am 03.10.2018
Fristbeginn 2. Woche der Fristüberschreitung	am 04.10.2018
Fristende 2. Woche der Fristüberschreitung	am 10.10.2018
Bescheiderteilung	am 08.10.2018

Ergebnis:

Die Pflegekasse hat den Bescheid nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen erteilt, so dass eine Fristüberschreitung eingetreten ist. Die 1. Woche der Fristüberschreitung endet am 03.10.2018. Zwar handelt es sich beim 03.10.2018 um einen Feiertag, unabhängig davon beginnt die 2. Woche der Fristüberschreitung am 04.10.2018 und endet am 10.10.2018. Die Erteilung des Bescheides erfolgte am 08.10.2018 und damit innerhalb der 2. Woche der Fristüberschreitung. Die Pflegekasse ist zu einer Zahlung von insgesamt 140,00 EUR für zwei Wochen nach Fristüberschreitung verpflichtet.

(4) Die Zahlungspflicht entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt (mindestens Pflegegrad 2) wurden. Das Vorliegen eines Verzögerungsgrundes, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, reicht für das Entfallen der Zahlungspflicht aus.

Eine Vielzahl von Verzögerungsgründen ist möglich. Damit die Zahlungspflicht entfällt, muss der Verzögerungsgrund nicht von der Pflegekasse zu vertreten sein. Das ist insbesondere der Fall, wenn die Pflegekasse die fehlende Mitwirkungspflicht des Versicherten nach § 60 SGB I festgestellt hat. Nach § 60 SGB I ist der Versicherte verpflichtet

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen der Pflegekasse der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,

2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,

3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen der Pflegekasse Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Soweit für die Erhebung der in Punkt 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

Zu den notwendigen Angaben für die Leistungsentscheidung gehört u. a. die Mitteilung, welche Leistung beantragt wird. Die Einwilligung des Versicherten zur Auskunftserteilung nach § 18 Abs. 4 SGB XI ist erforderlich, wenn die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte, einbezogen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebe-

dürftigkeit eingeholt werden sollen. Dabei ist der Versicherte auf den Zweck der vorgesehenen Verarbeitung oder Nutzung sowie auf die Folgen der Verweigerung der Einwilligung hinzuweisen (§ 67b Abs. 2 Satz 1 SGB X). Die Einwilligung und der Hinweis bedürfen gem. § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB X der Schriftform.

Des Weiteren können Verzögerungsgründe im Rahmen der Pflegebegutachtung auftreten, die die Pflegekasse nicht zu vertreten hat. Dabei können z. B. folgende Verzögerungsgründe auftreten:

- der Antragsteller befindet sich zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung.

- der Antragsteller befindet sich von Fristbeginn bis auf unbestimmte Zeit im Krankenhaus oder einer vollstationären Rehabilitations-Einrichtung. Daher ist eine Vereinbarung eines Begutachtungstermins im häuslichen Bereich nicht möglich.

- der Antragsteller muss den angekündigten bzw. vereinbarten Termin wegen eines wichtigen Behandlungstermins absagen.

- der angekündigte bzw. vereinbarte Termin wurde von dem Antragsteller aus sonstigen Gründen abgesagt.

- der Antragsteller ist zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin verzogen.

- der Antragsteller wurde zum angekündigten bzw. vereinbarten Termin nicht angetroffen.

- der Wohnsitz des Antragstellers ist nicht im Inland.

- der Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache).

- der Antragsteller ist verstorben.

- der Hausbesuch musste wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe abgebrochen werden.

4.4 Besonderheit vom 01.11.2016 bis 31.12.2017

(1) Die 25-Arbeitstage-Frist ist vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 grundsätzlich unbeachtlich. Sie gilt jedoch weiterhin für Antragsteller, die ab dem 01.11.2016 einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen, sofern ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (§ 18 Abs. 2b i. V. m. § 142 Abs. 2 SGB XI). Ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf liegt in folgenden Fällen vor:

- Erstantrag auf Sachleistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI (hierunter zählt kein Antrag auf Pflegegeld oder eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung),

- Erstantrag auf vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI,

Beispiel 1

Es liegt ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vor, daher gilt die 25-Arbeitstage-Frist.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 21.11.2016
Fristbeginn	am 22.11.2016
Fristende	am 27.12.2016

Ergebnis:

Die Frist beginnt einen Tag nach Eingang des Antrages des Versicherten bei seiner Pflegekasse und damit am 22.11.2016. Die 25-Arbeitstage-Frist zur Erteilung des Bescheides endet demnach am 27.12.2016.

Beispiel 2

Es liegt kein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vor.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 18.01.2017

Ergebnis:

Da kein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, ist die 25-Arbeitstage-Frist unbeachtlich (§ 142 Abs. 2 SGB XI).

(2) Die Zahlungspflicht entfällt für Anträge, die im Zeitraum vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 gestellt werden.

5. Anerkennung von Gutachten der Pflegekassen, der PKV oder eines anderen die Pflegeversicherung betreibenden Versicherungsunternehmens

Innerhalb der sozialen Pflegeversicherung werden für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe angelegt. Bei einem Kassenwechsel innerhalb der sozialen Pflegeversicherung kann grundsätzlich das bestehende Pflegegutachten anerkannt werden. Den Pflegekassen bleibt es unbenommen, die Leistungsvoraussetzungen erneut zu prüfen, wenn sie dies für notwendig halten. Dies gilt nicht für den durch die Überleitung festgestellten Pflegegrad (§ 140 Abs. 3 SGB XI). Der übergeleitete Pflegegrad ist von der aufnehmenden Pflegekasse zu übernehmen.

Nach § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI ist das private Krankenversicherungsunternehmen oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen verpflichtet, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen. Insofern basiert das von diesen Unternehmen veranlasste bzw. erstellte Gutachten gleichfalls auf den Begutachtungs-Richtlinien.

Mit Blick auf die in der privaten und sozialen Pflegeversicherung gleichen Begutachtungsmaßstäbe dürfte eine Neubegutachtung – bei einem Wechsel von der privaten in die soziale Pflegeversicherung – nicht erforderlich sein. D. h., die vorliegenden Gutachten gelten für beide Versicherungszweige. Sollten bei der sozialen Pflegeversicherung begründete Zweifel an dem vorliegenden Gutachten bestehen, so ist eine erneute Begutachtung einzuleiten.

6. Beauftragung unabhängiger Gutachter

Die Pflegekasse kann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowohl den MDK als auch unabhängige Gutachter beauftragen. Das Nähere zur Beauftragung von unabhängigen Gutachtern, insbesondere zu den Anforderungen an die Qualifikation, deren Unabhängigkeit, das Verfahren und die Qualitätssicherung, sind in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien – UGu-RiLi) nach § 53b SGB XI verbindlich für die Pflegekassen geregelt.

Ist innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt, ist die Pflegekasse verpflichtet, einen unabhängigen Gutachter zu beauftragen. Dies gilt für den Zeitraum vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 nur, wenn bei einem Antragsteller ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (vgl. Ziffer 4.4). Die vorgenannte Pflicht entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Das Vorliegen eines unter Ziffer 4.3 genannten Verzögerungsgrundes, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, reicht für das Entfallen der Pflicht zur Beauftragung eines unabhängigen Gutachters.

Bei Beauftragung von unabhängigen Gutachtern hat die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Dabei ist die Qualifikation der benannten Gutachter mitzuteilen und auf deren Unabhängigkeit hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen der benannten Gutachter entschieden, so hat die Pflegekasse seinem Wunsch Rechnung zu tragen. Teilt der Antragsteller der Pflegekasse seine Entscheidung nicht innerhalb von einer Woche ab Kenntnis der Gutachternamen mit, so kann die Pflegekasse einen der benannten Gutachter beauftragen.

7. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zuständiger Träger

Im Rahmen der Prüfung, ob und inwieweit die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind bzw. welcher Pflegegrad vorliegt, hat der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter u.a. Feststellungen darüber zu treffen, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, die zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit beitragen. Diese Feststellungen sind in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Insoweit haben die Versicherten gegenüber anderen Leistungsträgern als den Pflegekassen, insbesondere gegenüber der Krankenkasse oder dem RV-Träger einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vgl. §§ 31, 32 SGB XI). Bestehende rehabilitative Möglichkeiten sollen genutzt werden, um die Situation des Versicherten zu verbessern (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V).

8. Maßnahmen zur Prävention

Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat für den häuslichen und stationären Bereich unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung Stellung zu nehmen, ob und ggf. welche präventiven Maßnahmen empfohlen werden und welche Ziele

damit verknüpft werden. Darüber hinaus sind Aussagen darüber zu treffen, ob in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Pflegebedürftige lebt, ein Beratungsbedarf hinsichtlich primärpräventiver Maßnahmen (Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V) besteht.

In dem „Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V“ finden sich dazu die entsprechenden Rahmenbedingungen für präventive Angebote. Wird eine Beratung zu Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen, kann sich diese ausschließlich auf die Maßnahmen/Kurse zu den Handlungsfeldern Bewegungsförderung/Sturzprävention, Gewichtsreduktion, Beseitigung von Mangel- und Fehlernährung, Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und verantwortungsbewusster Umgang mit Sucht-/Genussmittel (u. a. Nikotin, Alkohol) beziehen.

Insoweit haben die Versicherten gegenüber anderen Leistungsträgern als den Pflegekassen, insbesondere gegenüber der Krankenkasse, einen Anspruch auf präventive Maßnahmen.

9. Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln

Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat Empfehlungen zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln abzugeben. Für bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen als Antrag des Versicherten auf Leistungen, wenn der Versicherte zustimmt (vgl. Ziffer 1.5 zu § 40 SGB XI).

10. Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen Außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Zum Zweck der differenzierten und individuellen Versorgungsplanung und zur Gewinnung von Anhaltspunkten für den Leistungsumfang der Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 36 SGB XI werden zusätzlich zu den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen der Außerhäuslichen Aktivitäten und Haushaltsführung erfasst. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass der Antragsteller die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigen kann, werden bereits in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten sechs Bereichen erfasst. Damit sind die entsprechenden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für die Beurteilung des Grades der Pflegebedürftigkeit relevant, werden aber über andere Bereiche erhoben und gehen nicht in die Ermittlung des Pflegegrades ein. So führt beispielsweise eine Beeinträchtigung der Mobilität in aller Regel auch dazu, dass das selbständige Einkaufen erschwert ist (vgl. Ziffer 3 und 4 zu § 14 SGB XI).

11. Kostenabgrenzung bei erheblichem Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen

Bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 des SGB V beziehen, ist eine Kostenabgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund, dass die Regelungen der §§ 14, 15 SGB XI keine zeitorientierte und verrichtungsbezogene Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mehr vorsehen, wird der durch die Pflegeversicherung zu tragende Anteil in den Kostenabgrenzugs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1b SGB XI pauschal festgelegt.

Das im Rahmen der Kostenabgrenzungs-Richtlinien beschriebene Pauschalmodell findet erst bei ab dem 01.01.2017 neu beantragten Leistungen der sog. „Intensivpflege“ Anwendung. In den Fällen, in denen bereits vor dem 01.01.2017 eine Kostenabgrenzung auf Grundlage der bis dahin durch den MDK erhobenen Zeitwerte für die „reine“ Grundpflege vorgenommen wurde, bleibt es bei der Berücksichtigung der dort festgestellten Minutenwerte. Eine Berücksichtigung der in den Richtlinien geregelten pauschalen Minutenwerte erfolgt nur bei einer Änderung des Pflegegrades aufgrund einer Nachbegutachtung.

Eine Einzelfallprüfung durch den MDK ist damit entbehrlich.

§ 18a SGB XI
Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

(1) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2018 jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. *die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,*
2. *die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches*
3. *die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und*
4. *die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.*

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

1. Allgemeines

Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung enthält Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Präventionsmaßnahmen sowie die Feststellung, ob Beratungsbedarf zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V besteht.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zuzuleiten. Sie hat umfassend und begründet Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation oder zur Prävention

angezeigt ist. Die Information hat spätestens mit der Mitteilung über die Leistungsentscheidung zu erfolgen. Grundlage der Information des Antragstellers sind die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation und Prävention des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters im Rahmen der Pflegebegutachtung.

2. Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die Feststellungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erläutern. Hierzu gehört die Information, ob und welche Leistungen nach den Empfehlungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters erfolgsversprechend und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Der MDK oder der beauftragte Gutachter informiert dafür in seiner Stellungnahme, ob Empfehlungen für die Durchführung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden. Dabei sollen Zuweisungsempfehlungen und Empfehlungen zur Durchführung ausgesprochen werden. Werden keine Empfehlungen zur Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen, sollen Angaben zu den Gründen getroffen werden. Dies kann beispielsweise das Abwarten der Wirkung einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder das Nichtvorliegen der Rehabilitationsfähigkeit des Antragstellers sein. Auch im Falle einer negativen Rehabilitationsempfehlung ist der Antragsteller zu informieren.

Gleichzeitig hat die Pflegekasse den Antragsteller darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren eingewilligt hat (zum Antragsverfahren vgl. § 31 SGB XI).

3. Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen

Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller die Feststellungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters zu Maßnahmen der Prävention zu erläutern. Hierzu gehört die Information, ob und welche Leistungen nach den Empfehlungen des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters erfolgsversprechend sind. Wird ein Beratungsbedarf zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V festgestellt, ist dem Antragsteller eine Beratung anzubieten.

Wird eine Beratung zu Leistungen zur Primärprävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen, kann sich diese ausschließlich auf die Maßnahmen/Kurse zu den Handlungsfeldern Bewegungsförderung/Sturzprävention, Gewichtsreduktion, Beseitigung von Mangel- und Fehlernährung, Verbesserung der psychosozialen Gesundheit und verantwortungsbewusster Umgang mit Sucht-/Genussmitteln (u. a. Nikotin, Alkohol) beziehen.

§ 28 SGB XI
Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. Vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung(§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,
15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).

(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

(2) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

(3) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, dass die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(4) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.

1. Leistungsarten

§ 28 Abs. 1 bis 1b SGB XI enthält die Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 14 bis 18 SGB XI sowie den §§ 7a, 28 Abs. 2 bis 45b, 45e und 91 SGB XI.

2. Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

(1) Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte erhalten von ihren Dienstherren keine Zuschüsse zu den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung, sondern die Leistungen der Heilfürsorge und

Beihilfe. Damit sie ebenso wie Arbeitnehmer nur zur Hälfte mit Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung belastet werden, sieht § 59 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 55 Abs. 1 SGB XI die alleinige Beitragspflicht dieses Personenkreises in Höhe des halben Beitragssatzes zur Pflegeversicherung vor. Dementsprechend erhalten sie – unabhängig ob in der GKV freiwillig oder pflichtversichert – die ihnen nach den §§ 36 bis 43b, 44, 45a und 45b und 45e SGB XI zustehenden Leistungen nur zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen (vgl. § 28 Abs. 2 SGB XI). Für Beihilfeempfänger besteht lediglich Anspruch auf die Hälfte der Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI.

(2) Die Absenkung der Leistungen auf die Hälfte gilt auch für die beitragsfrei mitversicherten Familienversicherten, die nach dem Beihilferecht berücksichtigungsfähig sind. Bei der Absenkung wird nicht danach differenziert, wie hoch der Beihilfesatz bei der jeweiligen Person ist. Sollte jedoch beispielsweise die Ehefrau eines Beamten in der GKV versicherungspflichtig oder freiwillig versichert und in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig versichert sein, besteht für die familienversicherten Angehörigen nach § 25 SGB XI ein Anspruch nach dem Pflege-Versicherungsgesetz in voller Höhe.

Zu den verschiedenen Fallgestaltungen hat das Bundesministerium des Innern in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Stellung genommen (vgl. Anlage 1 – Schreiben des Bundesministeriums des Innern vom 22.03.1995 – Az.: D III 5 – 213 106-7/5 –).

3. Sterbebegleitung

Von den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind die pflegerischen Maßnahmen der Sterbebegleitung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch pflegerischer Erkenntnisse in stationärer und ambulanter Pflege umfasst. Leistungen anderer Sozialleistungsträger, insbesondere Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V, sowie Leistungen durch Hospizdienste bleiben unberührt.

§ 28a SGB XI
Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 *folgende Leistungen:*

1. *Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,*
2. *Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,*
3. *zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,ohne dass § 38a Absatz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,*
4. *Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,*
5. *finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4,*
6. *zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,*
7. *zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,*
8. *Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.*

(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich."

1. Leistungsarten

Wie § 28 Abs. 1 bis 1b SGB XI enthält § 28a SGB XI eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegegebedürftige des Pflegegrades 1, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den §§ 14 bis 18 SGB XI sowie §§ 7a und b, 37 Abs. 3, 38a, 40, 43 Abs. 3, 43b, 44a und 45 sowie 45b SGB XI.

2. Leistungsinhalt

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit haben Pflegebedürftige bei einer geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) ebenfalls einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Da die Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gering sind und vorrangig im somatischen Bereich liegen, handelt es sich neben den beratenden und edukativen Unterstützungsangeboten auch um Leistungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung. Insgesamt stehen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 insbesondere Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.

Über die in § 28a SGB XI genannten Leistungen hinaus finden die sonstigen Regelungen des SGB XI grundsätzlich auch auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 Anwendung. So gelten beispielsweise die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 18 Abs.1 Sätze 3 und 6, 18a Abs. 1, 31 und 32 SGB XI) oder die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 auch dann, wenn der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI nicht bezogen oder für eine Inanspruchnahme zu einem späteren Zeitpunkt angespart wird. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht ebenfalls, wenn die kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 PflegeZG erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen des Pflegegrades 1 in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

§ 29 SGB XI
Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.

(2) Leistungen dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben.

1. Wirtschaftlichkeitsgebot

Analog zu dem im § 12 Abs. 1 SGB V normierten Wirtschaftlichkeitsgebot für die GKV ist auch bei den Leistungen der Pflegeversicherung auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu achten. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind nicht bewilligungsfähig und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der Pflegeversicherung bewirken. Entsprechendes gilt nach § 28 Abs. 3 SGB XI für Leistungen, die nicht nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden. Eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebots enthalten die §§ 70 ff. SGB XI.

2. Leistungserbringer

(1) Die Leistungen nach den §§ 36 bis 43 sowie 43b SGB XI (ausgenommen die nach den §§ 37 Abs. 1, 38a, 39 und 40 Abs. 2 SGB XI) dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben oder mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI als abgeschlossen gilt. Näheres regeln die §§ 72 bis 78 SGB XI. Für die Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. v. § 45a SGB XI entfällt die Pflicht des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI.

(2) Bei Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen, die zwar mit den Pflegekassen in einem Vertragsverhältnis hinsichtlich der Leistungserbringung stehen, mit denen aber keine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI besteht, ist der Leistungsanspruch nicht ausgeschlossen, sondern bestimmt sich nach § 91 SGB XI.

§ 30 SGB XI
Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

1. Dynamisierung der Leistungen

Das Gesetz sieht eine Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung vor. Eine Änderung der Leistungen erfolgt allerdings nicht automatisch. Vielmehr prüft die Bundesregierung alle drei Jahre, ob und inwieweit eine Dynamisierung geboten ist. Für die Prüfung einer Dynamisierung soll die kumulierte Inflationsentwicklung (Anstieg des Verbraucherpreisindexes) der letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahre als Orientierungswert dienen. Die Bundesregierung ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung jeweils zum 1. Januar festzulegen. Erstmalig erfolgte eine Dynamisierung zum 01.01.2015. Vor dem Hintergrund der zeitlichen Nähe zur grundsätzlichen Neugestaltung der Leistungsbeträge aufgrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 01.01.2017, ist abweichend vom Dreijahresrhythmus für das Jahr 2020 eine erneute Prüfung der Notwendigkeit der Dynamisierung vorgesehen.

§ 31 SGB XI
Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit zu prüfen.

(2) Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Absatz 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Absatz 1 zu erbringen.

1. Feststellungspflicht

(1) Die Pflegekassen haben (wie der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter nach § 18 Abs. 1 SGB XI) bei der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI bzw. bei ihnen z. B. nach § 7 Abs. 2 SGB XI bekannt werdender drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, eine Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Hinsichtlich der Zumutbarkeit solcher Leistungen sind die §§ 63 und 65 SGB I zu beachten. Die Prüfpflicht für die Pflegekasse besteht auch während der Leistungserbringung, wenn sich Anhaltspunkte für die Zweckmäßigkeit einer solchen Prüfung ergeben (z. B. bei einer Veränderung der bei der Leistungsentscheidung vorgelegenen Ausgangssituation) und im Zusammenhang mit Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI (vgl. Ziffer 3 zu § 18 SGB XI).

(2) Die Pflegekassen sind verpflichtet, den Versicherten und mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt sowie den zuständigen Rehabilitationsträger über das Vorliegen einer Feststellung, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf eines Versicherten an den zuständigen Rehabilitationsträger wird ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst, sofern der Versicherte dem zugestimmt hat. Dadurch werden die in § 14 SGB IX geregelten Entscheidungsfristen in Gang gesetzt. Eine weitere Begutachtung durch den MDK, den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter oder die Einschaltung des Hausarztes zur Ausstellung der „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ (Muster 61) durch die Krankenkasse ist für eine Einleitung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht angezeigt.

2. Zusammenarbeit

Wie auch in § 5 SGB XI normiert, bedarf es einer engen Zusammenarbeit der Pflegekasse mit den in Frage kommenden Leistungsträgern. Vor diesem Hintergrund sieht § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB XI vor, dass die Pflegekasse über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich informiert wird. Im Kontext des umfänglichen Beratungs- und Unterstützungsauftrags nach § 7a SGB XI (Pflegeberatung) prüft die Pflegekasse in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt worden sind. Sofern dies nicht erfolgt ist, ist die ggf. veränderte Bedarfslage zu prüfen und ggf. der Versorgungsplan anzupassen. Im Übrigen gilt § 32 SGB XI.

3. Unterstützungspflicht

Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten erforderlichenfalls bei der Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim zuständigen Rehabilitationsträger (vgl. § 16 Abs. 3 SGB I). Die Pflicht des Rehabilitationsträgers zur Hilfe bei der Antragstellung bleibt unberührt.

4. Leistungspflicht der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung hat auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen nach § 11 Abs. 2 SGB V einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

§ 32 SGB XI
Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.

(2) Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung, tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.

1. Allgemeines

Ist nach Kenntnis der Pflegekasse die sofortige Leistungserbringung zur medizinischen Rehabilitation erforderlich, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und ist die sofortige Einleitung der erforderlichen Leistungen durch den zuständigen Leistungsträger nicht sichergestellt, stellt die Pflegekasse vorläufige Leistungen zur Verfügung.

2. Vorläufige Leistungsgewährung

Hat die Pflegekasse den zuständigen Leistungsträger (z. B. Kranken-/Renten-/Unfallversicherung) über die Notwendigkeit (Eilbedürftigkeit) der Einleitung medizinischer Rehabilitationsleistungen unterrichtet, ist sie auch zur Feststellung verpflichtet, ob der zuständige Rehabilitationsträger – spätestens vier Wochen nach Antragstellung – Leistungen zur Verfügung gestellt hat. Ist dieses nicht der Fall, stellt die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zur Verfügung.

Die in Vorleistung getretene Pflegekasse hat gegen den zuständigen Leistungsträger einen Erstattungsanspruch nach § 102 SGB X.

§ 33 SGB XI
Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

1. Antragstellung

(1) Die Leistungsgewährung der Pflegekasse ist von einer Antragstellung abhängig (§ 19 Satz 1 SGB IV). Antragsberechtigt ist der Versicherte bzw. ein von ihm Bevollmächtigter, sein Betreuer oder gesetzlicher Vertreter, in den Fällen der §§ 44 und 45 i. V. m. § 19 SGB XI die Pflegeperson, in den Fällen des § 44a SGB XI der Beschäftigte im Sinne von § 3 i. V. m. § 7 Pflegezeitgesetz. Als Antrag gilt auch die der Pflegekasse mit Einwilligung des Versicherten zugehende Information von Dritten nach § 7 Abs. 2 SGB XI (vgl. § 20 SGB X), sofern der Versicherte später nichts Gegenteiliges erklärt.

(2) Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen hat der Versicherte nicht durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen; diese werden im Rahmen der generell zu veranlassenden Prüfung durch den MDK oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter (§ 18 SGB XI) festgestellt.

2. Leistungsbeginn

2.1 Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung gewährt.

Beispiel 1 (§ 33 Abs. 1 Satz 2, 1. Halbsatz)

Antrag auf Pflegegeld	28.01.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	22.02.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	07.01.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	28.01.

Beispiel 2 (§ 33 Abs. 1 Satz 2, 2. Halbsatz)

Antrag auf Pflegegeld	08.01.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	16.02.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	01.02.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	01.02.

Wenn der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt wird, setzt die Leistungsgewährung ab Beginn des Antragsmonats ein. Die Monatsfrist ermittelt sich unter Beachtung von § 26 SGB X i.V.m. §§ 187 bis 193 BGB.

Beispiel 3 (§ 33 Abs. 1 Satz 3)

Antrag auf Pflegegeld	28.02.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	08.04.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	14.01.

Ergebnis:

Anspruch auf Pflegegeld besteht ab	01.02.

Die Regelung des § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB XI kann sich für Versicherte, die rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist einen Leistungsantrag stellen, nachteilig auswirken. Dies wäre z. B. der Fall, wenn der Versicherte im vorherigen Beispiel bereits am 12.02. einen Leistungsantrag gestellt hätte. Unter Beachtung von § 33 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wäre der 12.02. auch der Tag des Leistungsbeginns. Ein solches Ergebnis entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers. Insofern beginnt auch bei dieser Fallgestaltung die Leistung ab dem 1. des Antragsmonats.

Beispiel 4

Antrag auf Pflegegeld	12.02.
Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK	16.03.
Pflegebedürftigkeit liegt vor seit	14.01.

Ergebnis:

Obwohl die Antragstellung innerhalb der Monatsfrist (bis 14.02.) erfolgt ist, beginnt die Leistungsgewährung mit dem 01.02.

(2) Wurde der Leistungsantrag bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt, gilt der Antrag nach § 16 Abs. 2 SGB I als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei der unzuständigen Stelle eingegangen ist. Gleiches gilt für Leistungsanträge, die gegenüber dem Pflegeberater nach § 7a SGB XI gestellt wurden (vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI).

2.2 Antrag auf Höherstufung

Für den Leistungsbeginn bei einer Höherstufung, die aufgrund einer Beantragung auf Zuerkennung eines höheren Pflegegrads oder einer von Amts wegen veranlassten Nachuntersuchung festgestellt wird, ist § 48 SGB X zu beachten. Dies hat zur Folge, dass die Höherstufung mit Wirkung vom Zeitpunkt der Änderung der Verhältnisse an erfolgt.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 36 SGB XI nach dem Pflegegrad 2 seit	01.02.
Antrag auf Höherstufung am	17.09.
Begutachtung durch den MDK am	23.10.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 3 liegt vor seit	01.07.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 3 besteht ab	01.07.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 37 SGB XI nach dem Pflegegrad 3 seit	01.01.
vollstationäre Krankenhausbehandlung ab	08.11.
Antrag auf Höherstufung am	13.11.
Begutachtung durch den MDK am	17.11.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 4 liegt vor seit	08.11.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 4 besteht ab	08.11.

Beispiel 3

Pflegebedürftiger erhält Leistungen nach § 43 SGB XI nach dem Pflegegrad 2 seit	01.02. des Vorjahres
Antrag auf Höherstufung am	05.05.
Begutachtung durch den MDK am	28.05.
Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegegrad 3 liegt vor seit	01.03.

Ergebnis:

Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegegrad 3 besteht ab	01.03.

Hinsichtlich der Konsequenzen für den vollstationären Bereich vgl. auch Ausführungen zu Ziffer 9 und 10 zu § 43 SGB XI.

3. Befristung des Leistungsbescheides

(1) In begründeten Fällen haben Pflegekassen die Möglichkeit, den Leistungsbescheid über die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen zu befristen. Auf diese Möglichkeit, den Leistungsbescheid mit einer Nebenbestimmung zu versehen (vgl. § 32 Abs. 2 Nr. 1 SGB X), wird in § 33 Abs. 1 Sätze 4 ff. SGB XI explizit hingewiesen. Dies ist insbesondere im Kontext mit der Zielsetzung des § 31 Abs. 1 SGB XI zu sehen, wonach in jedem Einzelfall zu prüfen ist, ob und ggf. welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Stellt der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter im Rahmen der Pflegebegutachtung nach § 18 Abs. 6 SGB XI explizit fest, dass insbesondere durch Maßnahmen der Rehabilitation eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, hat er eine entsprechende Prognose und Empfehlung für eine Wiederholungsbegutachtung abzugeben. Auf dieser Grundlage hat die Pflegekasse darüber zu entscheiden (pflichtgemäßes Ermessen), ob ausreichende Anhaltspunkte für eine Befristung des Leistungsbescheides vorliegen. Die bloße Empfehlung eines Wiederholungstermins ist insoweit nicht ausreichend.

Beispiel

Ein Versicherter wird auf Grund eines Motorradunfalls pflegebedürftig (Pflegegrad 2). Die Pflegebedürftigkeit resultiert aus den erheblichen unfallbedingten Bewegungseinschränkungen. Nach den Feststellungen des MDK ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Bewegungseinschränkungen mit Hilfe medizinischer Rehabilitationsleistungen innerhalb von 15 Monaten zurückführbar sind, so dass sich der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebende Hilfebedarf erheblich verändern wird. Mit dieser Prognose empfiehlt der MDK eine Wiederholungsbegutachtung in 15 Monaten.

Ergebnis:

Die Pflegekasse befristet vor diesem Hintergrund den Bescheid über die Anerkennung des Pflegegrades 2.

(2) Die Befristung kann wiederholt ausgesprochen werden, darf insgesamt jedoch den Zeitraum von 3 Jahren nicht überschreiten. Der Versicherte sollte in dem mit einer Befristung versehenen Bescheid darauf hingewiesen werden, dass bei einer wesentlichen Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse auch während des Befristungszeitraums eine Änderung der bewilligten Leistungen möglich ist.

Die Pflegekasse hat rechtzeitig vor Ablauf der Befristung von Amts wegen tätig zu werden und den weiteren Leistungsanspruch zu prüfen, um eine nahtlose Fortsetzung der Pflegeleistungen sicherzustellen, ohne dass der Pflegebedürftige einen neuen Antrag hierfür stellen muss.

Der explizite Hinweis in § 33 Abs. 1 Sätze 4 ff. SGB XI ist im Kontext der zum 01.07.2008 erweiterten Anforderungen an die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegebegutachtung zu sehen (vgl. Ziffer 7 zu § 18 SGB XI, Ziffer 1 zu § 31 SGB XI). Vor diesem Hintergrund war nicht beabsichtigt, die Bewilligungspraxis der Pflegekassen rückwirkend zu überprüfen. Von der Regelung sind von daher bis zum 30.06.2008 getroffene Entscheidungen der Pflegekassen ausgenommen.

Für die Dauer der Befristung gelten die Regelungen des § 140 Abs. 2 SGB XI mit der Folge, dass Pflegebedürftige zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden. Nach Ablauf der Befristung ist die Pflegebedürftigkeit erneut zu prüfen.

4. Vorversicherungszeit

(1) Bei Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen, ist eine Vorversicherungszeit von zwei Jahren in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung nachzuweisen.

Die Vorversicherungszeit ist in entsprechender Anwendung von § 26 Abs. 1 SGB X i. V. m. § 191 BGB in Jahre, Monate und Tage umzurechnen; hierbei werden Kalendermonate mit 30, Teilmonate mit den tatsächlichen und ein Kalenderjahr stets mit 365 Tagen berücksichtigt.

Beispiel 1

Antrag auf Pflegeleistungen am	01.07.2017
Vorversicherungszeiten	01.01.1999 bis 30.06.2001 01.11.2009 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.06.2017 bis 01.07.2007 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.11.2009 bis 30.06.2017 = 7 Jahre, 8 Monate

Ergebnis:

Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist erfüllt

Beispiel 2

Teil 1

Antrag auf Pflegeleistungen am	01.05.2017
Vorversicherungszeiten	01.04.2008 bis 31.12.2008 01.04.2016 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.04.2017 bis 01.05.2007 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.04.2008 bis 31.12.2008. = 9 Monate 01.04.2016 bis 30.04.2017 = 1 Jahr, 1 Monate

Ergebnis:

Die erforderliche Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist nicht erfüllt

Teil 2

erneuter Antrag auf Pflegeleistungen am	01.07.2017
Vorversicherungszeiten	01.04.2008 bis 31.12.2008 01.04.2016 bis fortlaufend
Pflegebedürftigkeit liegt seit Antragstellung vor	
Rahmenfrist	30.06.2017 bis 01.07.2007 = 10 Jahre
Anzurechnende Vorversicherungszeiten vom	01.04.2008 bis 31.12.2008 = 9 Monate
	01.04.2016 bis 30.06.2017 = 1 Jahr, 3 Monate

Ergebnis:

Die erforderliche Vorversicherungszeit von 2 Jahren ist erfüllt.

(2) Als Vorversicherungszeit werden Zeiten der Versicherungspflicht als Mitglied in der sozialen Pflegeversicherung nach den §§ 20, 21 SGB XI sowie Zeiten im Rahmen der Familienversicherung nach § 25 SGB XI berücksichtigt. Für die Beurteilung der Vorversicherungszeit sind in jedem Fall Zeiten einer Unterbrechung bis zu einem Monat – in analoger Anwendung des § 19 SGB V – als unschädlich anzusehen. Insoweit gilt auch hier der Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung".

Zeiten einer freiwilligen Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalten nach § 26 Abs. 2 SGB XI werden mitberücksichtigt. Für familienversicherte Kinder im Sinne des § 25 SGB XI und für versicherungspflichtige Kinder gemäß § 20 Abs. 3 SGB XI, die die Vorversicherungszeit selbst nicht erfüllen konnten, gilt die Vorversicherungszeit dann als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (vgl. BSG-Urteil vom 19.04.2007, Az.: B 3 P 1/06 R, Abs. 13). Diese Regelung betrifft insbesondere von Geburt oder frühem Kindesalter an pflegebedürftige Kinder.

(3) Tritt Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung – z. B. durch die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung oder wegen des Bezugs einer Leistung der Arbeitsförderung (SGB III) – ein, besteht nach § 27 SGB XI die Möglichkeit, einen bestehenden (privaten) Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen. Die Zeit der bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung **ununterbrochen** in der privaten Pflegeversicherung zurückgelegten Versicherungszeit wird angerechnet. Nicht angerechnet werden (z. B. vorherige) Versicherungszeiten in der privaten Pflegeversicherung, die nicht bis zum Beginn der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung andauerten.

(4) Hat ein Versicherter bei seiner Antragstellung die geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllt, sollte er darauf hingewiesen werden, zu welchem Zeitpunkt er bei fortlaufender Versicherung die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt.

5. Besonderheiten bei Personen, für die ein Beitrittsrecht nach § 26a SGB XI bestand

Bei Personen, die bis zum 30.06.2002 vom Beitrittsrecht nach § 26a Abs. 1 SGB XI Gebrauch gemacht haben, besteht die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung rückwirkend seit 01.04.2001 und begründet bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen einen Leistungsanspruch. Die Vorversicherungszeit nach § 33 Abs. 2 SGB XI gilt als erfüllt.

§ 33a SGB XI
Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 oder aufgrund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. Das Nähere zur Durchführung regelt die Pflegekasse in ihrer Satzung.

1. Allgemeines

Seit 01.04.2007 werden mit dieser Regelung Leistungsansprüche für Personen ausgeschlossen, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland begründen, um über die Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen.

Das Nähere zur Durchführung soll die Pflegekasse in ihrer Satzung regeln.

2. Umfang des Leistungsausschlusses

Nach der Gesetzesbegründung sollen zum Schutz der Solidargemeinschaft vor einer missbräuchlichen Inanspruchnahme von Leistungen Fallgestaltungen erfasst werden, in denen der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland lediglich begründet wird, um Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (z. B. Pflegegeld, Pflegesachleistung, Tagespflege) in Anspruch zu nehmen. Der Leistungsausschluss umfasst damit alle Leistungen nach dem SGB XI.

3. Umsetzung

Der Nachweis des Tatbestands, dass sich Personen allein mit der Zielsetzung nach Deutschland begeben, um im Rahmen der Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für sich oder ihre Familienangehörigen Leistungen in Anspruch zu nehmen, dürfte sich in der Praxis als schwierig erweisen.

Hierzu bietet es sich an, bei der ersten Kontaktaufnahme der betroffenen Personen neben der Abwicklung der Modalitäten zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses gleichzeitig die Motive für die Begründung des Aufenthalts in Deutschland abzuklären; das heißt, es sollte insbesondere ein Hinweis über die Vorschrift zum Leistungsausschluss erfolgen sowie eine Bestätigung der betroffenen Personen darüber eingefordert werden, dass der Aufenthalt nicht dem Zweck dient, im Rahmen einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für sich oder seine familienversicherten Angehörigen missbräuchlich Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Die zur Durchführung der Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI vereinbarten Mustervordrucke sehen vor, dass der Versicherte eine entsprechende Bestätigung abgibt.

Der Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung setzt zwar nach § 33 Abs. 2 Nr. 5 und 6 SGB XI das Erfüllen einer Vorversicherungszeit voraus, so dass auch insoweit einem Leistungsmissbrauch grundsätzlich vorgebeugt wird. Dies greift jedoch nicht, sofern die betroffene Person aus einem EWR-Staat oder aus der Schweiz heraus ihren Wohnsitz nach Deutschland verlegt, da in diesen Fällen die nach den Rechtsvorschriften des jeweiligen EWR-Staates bzw. der Schweiz zurückgelegten Versicherungszeiten so zu berücksichtigen sind, als ob sie in Deutschland zurückgelegt worden wären.

In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von den Versicherten für Leistungen gefordert werden kann, die trotz des Leistungsausschlusses in Anspruch genommen wurden. Auf diese Konsequenzen werden die Versicherten bei Begründung der Versicherungspflicht in den o.a. Mustervordrucken aufmerksam gemacht.

Das Nähere zur Durchführung ist in der Satzung zu regeln.

§ 34 SGB XI
Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. *solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,*

2. *soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.*

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten 4 Wochen hinaus weitergezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

1. Auslandsaufenthalt

(1) Der Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI ruht, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt besteht auch ein Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ersatzpflegeperson aus Deutschland heraus mitreist oder sich vor Ort befindet (z. B. in Spanien lebende Großeltern) und ob sie mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten

Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Die Leistungen nach § 39 SGB XI können auch von professionellen Pflegekräften bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt erbracht werden (Urteil des BSG vom 20.04.2016, Az.: B 3 P 4/14 R). Diese Regelung gilt weltweit.

Bei Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 SGB XI nicht. Diese Regelung hat insbesondere bei Aufenthalten, die über sechs Wochen hinausgehen, Bedeutung.

(2) Näheres zu den Anspruchsvoraussetzungen zu den Leistungen nach dem SGB XI bei Auslandsaufenthalt ist dem als Anlage 5 beigefügten Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu Leistungen der Pflegeversicherung bei Auslandsaufenthalt zu entnehmen.

(3) In analoger Anwendung des § 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich in Untersuchungshaft befinden, nach § 126a StPO einstweilen untergebracht sind oder gegen sie eine Freiheitsstrafe oder eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung vollzogen wird.

2. Bezug von Entschädigungsleistungen

2.1 Allgemeines

(1) Wie in § 13 Abs. 1 SGB XI bereits normiert, sind die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber gesetzlichen Entschädigungsleistungen nachrangig. § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI konkretisiert dies dahingehend, dass der Leistungsanspruch nach dem SGB XI in Höhe der Entschädigungsleistungen ruht. Zum Ruhen des Leistungsanspruchs nach dem SGB XI führen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- nach dem BVG, z. B. Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG oder die Kostenübernahme bei stationärer Pflege nach § 35 Abs. 6 BVG, oder

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. Hauspflege, Anstaltspflege oder Pflegegeld nach § 44 SGB VII, oder

- aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht, z. B. nach dem Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz oder nach dem Deutschen Richtergesetz, oder

- aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung.

(2) Das Ruhen des Leistungsanspruchs nach dem SGB XI wegen Bezugs von Entschädigungsleistungen tritt nur in Höhe der bezogenen Entschädigungsleistungen ein. Hiermit soll eine Überversorgung durch Doppelleistungen vermieden werden, da die beiden in Betracht kommenden Leistungen im Wesentlichen dem gleichen Zweck dienen und zeitgleich bezogen bzw. beansprucht werden können.

Die nachfolgenden Ausführungen sind auch auf die anderen Entschädigungsleistungen nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht oder aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung anzuwenden.

Ergibt sich aus dem Antrag, dass die Pflegebedürftigkeit zumindest überwiegend aufgrund einer anerkannten Schädigung besteht, der Berechtigte vom Versorgungsamt aber keine oder nur eine geringe Pflegezulage nach § 35 BVG erhält, leitet die Pflegekasse die Unterlagen an das örtlich zuständige Versorgungsamt weiter, da der bei der Pflegekasse gestellte Antrag im Sinne des § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB I die Zahlung oder Erhöhung einer Pflegezulage nach § 35 BVG begründet. Der Antrag auf Pflegezulage nach § 35 BVG gilt dann nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB I als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei der Pflegekasse eingegangen ist.

Ist der Leistungsanspruch nach den §§ 36 bis 43b und 45b SGB XI höher, ist der Differenzbetrag von der Pflegekasse zu erbringen (vgl. Ziffer 3 Abs. 4 zu § 38 SGB XI).

(3) Die Ruhensbestimmungen des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI gelten nicht in Bezug auf die (nachrangigen) Leistungen der Kriegsopferfürsorge (z. B. die Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG, Wohnungshilfe nach § 27c BVG).

2.2 Leistungen bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege

In § 35 BVG sind die Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI), teilstationärer Pflege (§ 41 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) nicht ausdrücklich genannt. Allerdings bestimmt § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG, dass die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen entsprechend zu erhöhen ist, wenn vorübergehend Kosten für fremde Hilfe entstehen. Hierbei wird eine Begrenzung auf die Höchstdauer der Kostenübernahme bei Verhinderung der Pflegeperson vorgenommen, und nicht auf eine Mindestdauer (z. B. stunden- oder tageweise) abgestellt. § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG nennt die Krankheit nur "insbesondere" als konkreten Grund für die vorübergehende Verhinderung der Pflegeperson. Die nicht ausdrücklich genannten Gründe wie Urlaub oder andere vergleichbare Gründe sind in ihrer rechtlichen Wirkung der Krankheit jedoch gleichzustellen. Dies kann auch im Einzelfall für eine stundenweise Abwesenheit der Pflegeperson (z. B. für einen Arztbesuch) gelten. Die Versorgungsämter übernehmen die anfallenden Kosten in voller Höhe nach § 35 Abs. 2 Satz 4 BVG. Eine Leistungsgewährung durch die Pflegekasse kommt nur in Betracht, wenn die laufenden monatlichen Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI bzw. § 41 SGB XI plus die einmalige jährliche Leistung nach § 39 SGB XI und/oder § 42 SGB XI höher sind als die Pflegeleistungen nach § 35 BVG. Wird der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) bereits bei einer einmaligen Inanspruchnahme (fiktiv) ausgeschöpft, ist ein Vergleichszeitraum zugrunde zu legen.

Es werden die Leistungsbeträge der Pflegezulage Stand 01.07.2016 berücksichtigt, da zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gemeinsamen Rundschreibens die Höhe der Pflegezulage 01.07.2017 nicht bekannt ist.

Beispiel 1

Pflegegeld in Höhe des Pflegegrades 3 und Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2016) in Höhe von 741,00 EUR

In dem Zeitraum vom 19.04. bis 13.05.2017 (25 Kalendertage) wird in einer stationären Pflegeeinrichtung Verhinderungspflege erbracht. Hierfür stellt die stationäre Pflegeeinrichtung für 25 Tage Verhinderungspflege (= pflegebedingte Aufwendungen) einen Betrag in Höhe von 1.566,75 EUR in Rechnung.

Ergebnis:

Ein Anspruch auf Pflegegeld besteht vom 01.04. bis 19.04.2017 (19 Tage) und vom 13.05.2017 bis 31.05.2017 (19 Tage) in Höhe von 690,33 EUR (545,00 EUR x 19 : 30 x 2). In der Zeit vom 20.04.2017 bis 12.05.2017 (23 Kalendertage) besteht während der Verhinderungspflege ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 208,92 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 23 : 30).

Das Pflegegeld in Höhe von insgesamt 899,25 EUR (690,33 EUR + 208,92 EUR) plus der Anspruch auf die Verhinderungspflege in Höhe von 1.566,75 EUR (= 2.466,00 EUR) sind der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 4 BVG für den Zeitraum vom 01.04.2017 bis 31.05.2017 in Höhe von 3.048,75 EUR (741,00 EUR x 2 + 1.566,75 EUR) gegenüber zu stellen. Da die Pflegezulage nach § 35 BVG höher ist als nach dem SGB XI, kann der Pflegebedürftige keine Leistungen gegenüber seiner Pflegekasse beanspruchen.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI wurde nicht in Anspruch genommen.

Sofern die Pflege längerfristig in einer teilstationären Einrichtung (§ 41 SGB XI) sichergestellt werden kann, ist in einem solchen Fall die Regelung des § 35 Abs. 2 Satz 1 BVG anzuwenden, da diese Vorschrift keineswegs nur auf häusliche Pflege abstellt.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt die Leistungen der Tages-und Nachtpflege nach § 41 SGB XI und Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI jeweils monatlich in gleicher Höhe in Anspruch. Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe IV (Stand 01.07.2016) in Höhe von 951,00 EUR.

in Anspruch genommene Sachleistung	689,00 EUR x 12 = 8.268,00 EUR
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege	689,00 EUR x 12 = 8.268,00 EUR
Gesamte Leistung nach dem SGB XI	**16.536,00 EUR**
Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe IV (Stand 01.07.2016) in Höhe von	951,00 EUR x 12 =11.412,00 EUR

Ergebnis:

Die Pflegesachleistung sowie die Leistungen der Tages- und Nachtpflege (16.536,00 EUR) sind der Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 und 2 Satz 4 BVG (11.412,00 EUR) für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 31.12.2017 gegenüber zustellen. Da die Leistungen nach dem SGB XI höher sind als die Pflegezulage nach § 35 BVG, kann der Pflegebedürftige die Differenz in Höhe von 5.124,00 EUR (16.536,00 EUR – 11.412,00 EUR) von seiner Pflegekasse beanspruchen.

Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI wurde nicht in Anspruch genommen.

Da die Pflegezulage nach § 35 BVG auch die Betreuung des Pflegebedürftigen umfasst, ruhen grundsätzlich die Leistungen nach § 45b SGB XI. Eine Leistungsgewährung durch die Pflegekasse kommt nur in Betracht, soweit die laufenden monatlichen Leistungen nach den §§ 36 bis 38 SGB XI bzw. § 41 SGB XI plus die Leistung nach § 45b SGB XI im Kalenderjahr höher sind als die Pflegeleistungen nach § 35 BVG (vgl. auch Ziffer 5 zu § 13 SGB XI). Dies bedeutet, sofern die gesamten Leistungen nach dem SGB XI der Höhe nach über dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG liegen, kann die Differenz ausgezahlt werden.

Beispiel 3

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 nimmt die Sachleistungen nach § 36 SGB XI und § 45b SGB XI in Anspruch.

Pflegesachleistung	1.298,00 EUR x 12 =	15.576,00 EUR
Entlastungsbetrag	125,00 EUR x 12 =	1.500,00 EUR
Gesamte Leistung nach dem SGB XI		17.076,00 EUR
Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe IV (Stand: 01.07.2016) in Höhe von	951,00 EUR x 12 =	11.412,00 EUR

Ergebnis:

Da die Leistungen nach dem SGB XI höher sind als die Pflegezulage nach § 35 BVG kann der Pflegebedürftige die Differenz in Höhe von 5.664,00 EUR (17.076,00 EUR – 11.412,00 EUR) von seiner Pflegekasse beanspruchen.

Ändert sich die Höhe der gewährten Entschädigungsleistungen, z. B. aufgrund einer Anpassung der Pflegezulage (Dynamisierung oder der Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer anderen Pflegestufe nach § 35 BVG), ist der Vergleich der Leistungen nach dem SGB XI mit der Pflegezulage nach § 35 BVG neu zu berechnen. Dies gilt sinngemäß auch im Falle einer Änderung der Leistungsansprüche des Pflegebedürftigen nach dem SGB XI. Bei der Neuberechnung wird auf das gesamte Kalenderjahr abgestellt.

Vom Ruhen ausgenommen bleibt in solchen Fällen regelmäßig der Anspruch der Pflegeperson auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen RV und zur Arbeitsförderung nach § 44 SGB XI, da entsprechende Beitragsleistungen an die RV und die Bundesagentur für Arbeit im Entschädigungsrecht nicht vorgesehen sind. Sollte der Pflegekasse bekannt werden, dass Pflegegeld nach § 44 SGB VII gezahlt wird bzw. sich die Pflegeperson an die

Pflegekasse wendet, so ist dies wie ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI zu werten. Die Pflegekasse hat somit zur Feststellung des Pflegegrades und zur Überprüfung des Pflegeaufwandes der Pflegeperson den MDK oder den von ihr beauftragten Gutachter einzuschalten. Unberührt bleibt auch der Anspruch auf die Leistungen nach § 45 SGB XI.

2.3 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Werden die Kosten einer vollstationären Dauerpflege nach § 35 Abs. 6 BVG übernommen, so schließt dies neben den Aufwendungen für die notwendige Pflege auch die Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie der Betreuung des Beschädigten ein. Für Beschädigte erstreckt sich die Kostenübernahme nach § 35 Abs. 6 BVG außerdem auf den Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 84 Abs. 8 SGB XI Von daher kommt die Zahlung eines Vergütungszuschlages nach § 84 Abs. 8 SGB XI durch die Pflegekassen in diesen Fällen nicht in Betracht. Zudem können Pflegebedürftige keine Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse begründen, wenn sie nach § 56 Abs. 4 SGB XI beitragsfrei sind.

Sofern Beschädigte, die sich auf Dauer in einer vollstationären Pflegeeinrichtung aufhalten, eine Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG erhalten, ist eine Vergleichsberechnung der Leistungsansprüche nach dem BVG und dem SGB XI analog dem Beispiel 3 zu Ziffer 2.2 vorzunehmen. Dabei ist neben den Leistungen nach § 43 SGB XI auch der Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 8 SGB XI zu berücksichtigen.

3. Bezug von häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe, Krankenhausbehandlung oder Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

(1) Während des Bezuges von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, während einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Leistung zur Rehabilitation oder Vorsorge (z. B. der gesetzlichen KV oder RV) ruht der Leistungsanspruch der häuslichen Pflege nach den §§ 36 bis 38, 39 und 40 SGB XI grundsätzlich insoweit, als der Pflegebedürftige die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch den jeweils zuständigen Leistungsträger bzw. von der stationären Einrichtung bereits erhält (Ausnahme: Beim Bezug von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ruht der Anspruch auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI mangels eines adäquaten Leistungsanspruchs gegenüber der GKV nicht). Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI.

(2) Bei Durchführung einer

- vollstationären Krankenhausbehandlung,
- Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V sowie
- häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI. Der ungekürzte Anspruch auf das Pflegegeld ist auch dann auf die Dauer von insgesamt bis zu vier Wochen begrenzt (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI und Ziffer 3 zu § 38 SGB XI), sofern häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V direkt im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung bzw. stationäre

Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen wird. Damit wird der in diesen Fallgestaltungen häufig, insbesondere bei behinderten Kindern oder bei altersverwirrten Menschen, fortbestehenden Pflegebereitschaft der häuslich Pflegenden Rechnung getragen.

Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation/Vorsorge festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich der Pflegebedürftige wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

(3) Die zeitliche Beschränkung der Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI während des Bezuges von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V entfällt nach § 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte (Assistenzkräfte) sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII Anwendung findet. Ziel der Regelung ist es, pflegebedürftigen Menschen auch im Interesse der von ihnen im sogenannten Arbeitgebermodell beschäftigten Pflegekräften Planungssicherheit hinsichtlich des Bestandes des Beschäftigungsverhältnisses bei Erkrankung der Pflegebedürftigen zu geben.

Voraussetzung für die Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI oder des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI ist neben den in § 34 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB XI genannten Voraussetzungen die Anwendbarkeit von § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII. Die Verweisung von Pflegebedürftigen auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem SGB XI durch den Träger der Sozialhilfe wird durch § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII ausgeschlossen, wenn diese ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen. Er ist nur anwendbar, wenn der Sozialhilfeträger bei Sicherstellung der Pflege im Rahmen eines Arbeitgebermodells gem. § 64f Abs. 3 SGB XII an den Kosten beteiligt ist. Werden die Kosten des sogenannten Arbeitgebermodells ganz oder teilweise von der Sozialhilfe getragen (§ 64f Abs. 3 SGB XII), besteht nicht nur ein Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes (§ 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI), sondern auch der Anspruch auf Leistungen zur häuslichen Pflege gegen den Sozialhilfeträger fort (§ 63b Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 SGB XII). Der Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes besteht nur, sofern § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII Anwendung findet. Pflegebedürftige, die zur Sicherstellung der Pflege im Rahmen eines Arbeitgebermodells keine Leistungen des Sozialhilfeträgers nach § 64f Abs. 3 SGB XII beziehen, haben keinen Anspruch auf Weiterzahlung des Pflegegeldes nach § 34 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB XI.

(4) Der Bezug häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (Behandlungspflege) führt nicht zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 39 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 13 SGB XI). Ferner schließt die Ruhensvorschrift nicht aus, dass einem Pflegebedürftigen, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits vor seiner Entlassung z. B. ein Pflegebett in der häuslichen Umgebung aufgestellt wird (§ 40 SGB XI). Auch eine Teilnahme der künftigen Pflegeperson an einem Pflegekurs zu Lasten der Pflegekasse ist nicht ausgeschlossen (§ 45 SGB XI).

(5) Zum Ruhen der Leistungen nach den §§ 36 bis 38 und 39 SGB XI bei Bezug von Haushaltshilfe wird auf die Hinweise in Ziffer 2 zu § 13 SGB XI verwiesen.

§ 35 SGB XI
Erlöschen der Leistungsansprüche

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. § 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf die Leistungen nach SGB XI besteht nur während der Dauer der Mitgliedschaft zur sozialen Pflegeversicherung. Nach dem Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" sind jedoch vor dem Hintergrund der nachgehenden Leistungsansprüche nach § 19 SGB V Unterbrechungen der Versicherung von bis zu einem Monat unschädlich für den Leistungsanspruch (vgl. Ziffer 4 Abs. 2 zu § 33 SGB XI).

Zur unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen siehe Ausführungen zu § 45 SGB XI.

2. Wechsel der Kassenzuständigkeit

(1) Bei einem Wechsel der Pflegekasse gilt grundsätzlich, dass Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse mit dem Ende der Mitgliedschaft ihre Gültigkeit verlieren.

Erfolgt der Kassenwechsel jedoch wegen Schließung oder Insolvenz bleiben die Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse auch gegenüber der neuen Kasse gültig. Leistungsentscheidungen der bisherigen Pflegekasse können nur unter denselben Voraussetzungen zurückgenommen werden, wie dies bei der bisherigen Pflegekasse der Fall gewesen wäre.

(2) Versicherte, die zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, behalten auch im Falle eines Kassenwechsels ihren im Wege der Überleitung erworbenen Besitzstandsschutz (vgl. Ziffer 3 zu § 140 SGB XI).

3. Erstattungsverzicht

Sind Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund eines Kassenwechsels zu Unrecht erbracht worden, wird – im Hinblick auf den Finanzausgleich nach § 66 SGB XI – zur Minimierung des Verwaltungsaufwands auf die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegen die "neue Pflegekasse" verzichtet.

§ 35a SGB XI
Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX

Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Absatz 1, §§ 38, 40 Absatz 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Absatz 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Absatz 4 des Neunten Buches hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

1. Allgemeines

Menschen mit Behinderung haben einen Rechtsanspruch darauf, dass Leistungen zur Teilhabe auf ihren Antrag hin in Form eines Persönlichen Budgets ausgeführt werden. Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung getätigt. Sofern mehrere Leistungsträger beteiligt sind, wird das Persönliche Budget trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Als Leistungsträger kommen in Betracht:

- Krankenkassen,
- Pflegekassen,
- Rentenversicherungsträger,
- Unfallversicherungsträger,
- Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge,
- Jugendhilfeträger,
- Sozialhilfeträger,
- Integrationsämter und
- die Bundesagentur für Arbeit (vgl. § 17 Abs. 2 bis 6 SGB IX).

Das Verfahren ist in der Budgetverordnung geregelt (BudgetV). Weitere Hinweise zur Ausgestaltung können den Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein Persönliches Budget“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation entnommen werden.

2. Leistungen der Pflegeversicherung als Teil eines Persönlichen Budgets

Die Pflegekasse ist kein Rehabilitationsträger i. S. d. § 6 Abs. 1 SGB IX. Insofern kommen die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich als ergänzende Leistungen eines trägerübergreifenden Budgets in Verantwortung eines Rehabilitationsträgers in Betracht. Die Leistungen der Pflegeversicherung können somit unter den in § 35a SGB XI genannten – im Vergleich zu den für die Teilhabeleistungen geltenden – Voraussetzungen einschränkenden Regelungen in ein trägerübergreifendes Persönliches Budget einfließen. Danach können nicht alle Leistungen nach dem SGB XI, sondern nur die abschließend im Gesetz genannten, nachfolgenden Leistungen als Persönliches Budget ausgeführt werden:

- Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI; in Form von Gutscheinen),

- Pflegegeld (§ 37 Abs. 1 SGB XI; der Anspruch auf Vergütung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird insoweit nicht einbezogen),

- Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI; budgetfähig sind als Geldleistung das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld sowie der Sachleistungsanteil in Form von Gutscheinen),

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) sowie

- Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI; in Form von Gutscheinen).

Bei der Ausstellung von Gutscheinen für die Inanspruchnahme der genannten Sachleistungen ist zu berücksichtigen, dass diese nur zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen. Auch unter den Bedingungen des Persönlichen Budgets ist damit die Gewährung von Sachleistungsansprüchen im sog. Arbeitgebermodell nicht zulässig. Allerdings hat der Versicherte die Möglichkeit, mit dem Leistungserbringer im Rahmen des Persönlichen Budgets individuelle Absprachen über die Vergütung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung zu treffen, die von den Vereinbarungen nach §§ 89 ff. SGB XI abweichen. Dies sollte mit einem entsprechenden Beratungsangebot der Pflegekassen einhergehen.

§ 36 SGB XI
Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. *bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,*
2. *bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie*
3. *durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.*

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat:

1. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,*
2. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.298 Euro,*
3. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro,*
4. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro.*

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

1. Allgemeines

(1) Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenwohnheim lebt. Hierbei ist es

unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht.

(2) Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für Pflegebedürftige ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, siehe Ziffer 11 zu § 43 SGB XI.

Darüber hinaus besteht in den nach § 71 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen kein Anspruch auf häusliche Pflege, wenn Pflegebedürftige dort gepflegt werden. Dazu gehören insbesondere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und Internate, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen. In diesen Einrichtungen werden zwar im Einzelfall auch Unterstützungsleistungen in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen zur Verfügung gestellt; sie dienen jedoch von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege.

Mehrere Pflegebedürftige können körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung gemeinsam abrufen („Poolen“ von Leistungsansprüchen).

2. Leistungserbringer

Die Pflegebedürftigen erhalten körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) als Sachleistung durch geeignete Pflegekräfte. Diese Pflegekräfte müssen mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse stehen. In Frage kommen Pflegekräfte,

- die bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI),
- die bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 Abs. 1, 72 SGB XI angestellt sind,
- mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat.

3. „Poolen“ von Leistungsansprüchen

Mehrere Pflegebedürftige, die entweder in einer festen Wohngemeinschaft leben oder in sonstiger räumlicher Nähe (Nachbarn in einem Gebäude oder einer Straße), können körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfe bei der Haushaltsführung gemeinsam abrufen und dadurch entstehende Vorteile (Zeit- oder Kosteneinsparungen) für sich nutzen. Sinnvoll erscheint dies vor allem bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, so z. B. bei der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten, beim Einkaufen für mehrere Pflegebedürftige oder bei der Durchführung eines gemeinsamen Tagesausfluges. Dabei ist der einzelne Pflegebedürftige frei in seiner Entscheidung, ob er sich an einem solchen „Pool“ beteiligt. Ob und in welchem Umfang Vorteile durch das gemeinsame Abrufen von Pflegeleistungen entstehen, hängt im Wesentlichen von der vereinbarten Vergütungssystematik nach § 89 SGB XI sowie der konkreten Ausgestaltung des Pflegearrangements im Einzelfall ab. Sofern Zeit- oder Kosteneinsparungen entstehen, sind diese ausschließlich im Interesse der Pflegebedürftigen zu nutzen, d. h. die beteiligten Pflegebedürftigen entscheiden selbst, ob sie z. B. eingesparte finanzielle Mittel individuell für den Einkauf weiterer Pflegeleistungen einsetzen.

Der Anspruch auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen als Sachleistung ist nachrangig gegenüber entsprechenden Betreuungsleistungen anderer Leistungsträger, unabhängig davon, ob es sich insoweit um Rechtsanspruchs- oder Ermessensleistungen handelt. In Frage kommen insbesondere Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 54 SGB XII und 27d BVG i.V.m. 33, 55 SGB IX).

4. Leistungsinhalt der Pflegeleistungen

(1) Bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von den Pflegekräften zu erbringen sind, handelt es sich im Einzelnen um Hilfeleistungen zur Beseitigung oder Minderung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen bei den in § 14 Abs. 2 SGB XI aufgeführten Bereichen oder zur Vermeidung der Verschlechterung der Pflegebedürftigkeit. Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht zu erbringen. Die Pflege soll als aktivierende Pflege (vgl. Ziffer 2 zu § 2 SGB XI) erbracht werden. Bestandteil der häuslichen Pflege ist auch die pflegefachliche Anleitung einschließlich vorhergehender Problem- und Bedarfseinschätzung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

(2) Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB XI. Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen umfassen

- das Waschen, Duschen und Baden,
- die Mund-/Zahnpflege,
- das Kämmen,
- das Rasieren,
- die Darm- und Blasenentleerung,
- das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
- das An- und Auskleiden,
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen und
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

(3) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach § 14 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 6 SGB XI.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden in Bezug auf das häusliche Umfeld erbracht. Die Maßnahmen erfolgen dementsprechend zur Unterstützung bei der Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt und bei Aktivitäten mit engem räumlichem Bezug hierzu. Dabei können die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen nicht nur im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen, sondern auch beispielsweise im häuslichen Umfeld seiner Familie oder anderer nahestehender Personen erbracht werden.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung psycho-sozialer Problemlagen oder Gefährdungen (Selbst- oder Fremdgefährdung), bei der Orientierung, bei der Tagesstruktur, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte bei der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag sowie Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung. Sie dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen können auch durch Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft, die jeweils bei Bedarf situationsgerecht Unterstützung leistet, erbracht werden.

Die Maßnahmen beziehen sich jedoch insbesondere nicht auf die Unterstützung des Besuchs von Kindergarten oder Schule, der Berufstätigkeit oder sonstiger Teilhabe am Arbeitsleben, der Ausübung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen. Auch Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, gehören nicht zur pflegerischen Betreuung.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen

- die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur,
- Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus,
- die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung,
- die Unterstützung bei Hobby und Spiel, z. B. beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen
- Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.

(4) Hilfe bei der Haushaltsführung bezieht sich auf den Bereich der Haushaltsführung nach § 18 Abs. 5a SGB XI und umfasst die Unterstützung in den dort erfassten Aktivitäten. Der Pflegebedürftige soll nicht nur passiv versorgt werden, sondern aktiv bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Dabei ist aber eine vollständige Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung nicht ausgeschlossen. Die Hilfe bei der Haushaltsführung umfasst:

- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- das Kochen,
- das Reinigen und Aufräumen der Wohnung,
- das Spülen,
- das Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung,
- das Beheizen, die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen (z. B. Haushaltshilfen) und
- die Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.

Werden die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erbracht, können diese Maßnahmen nicht gleichzeitig als Pflegesachleistung erbracht werden.

5. Leistungshöhe

(1) Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Pflegesachleistung ist im Kalendermonat

- bei dem Pflegegrad 2 auf 689,00 EUR,
- bei dem Pflegegrad 3 auf 1.298,00 EUR,
- bei dem Pflegegrad 4 auf 1.612,00 EUR und
- bei dem Pflegegrad 5 auf 1.995,00 EUR

begrenzt.

Die Aufteilung der Beträge auf die einzelnen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Insofern können die Pflegeeinsätze flexibel abgerufen werden. Soweit ein höherer Pflegebedarf besteht, der vom Pflegebedürftigen nicht finanziert werden

kann, sind die Aufwendungen hierfür vom Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des SGB XII ergänzend zu übernehmen. Ferner bleibt bei pflegebedürftigen behinderten Menschen der Anspruch auf die für sie sehr wesentliche Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. dem SGB VIII ungeschmälert erhalten.

Im Übrigen müssen die Pflegebedürftigen ihre Versorgung durch familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen (§ 4 Abs. 2 SGB XI).

(2) Fahrkosten, die bei den Einsätzen der Pflegekräfte notwendig werden, sind nicht gesondert zu erstatten, sie sind Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen.

(3) Pflegebedürftige können die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI neben Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und einer teilstationären Pflege (§ 41 Abs. 3 SGB XI gilt) in Anspruch nehmen. Eine gegenseitige Anrechnung der Leistungen findet nicht statt. Hinsichtlich der Kombination von Pflegesachleistungen mit Pflegegeld siehe § 38 SGB XI.

(4) Besteht der Anspruch auf die häusliche Pflegehilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Leistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI (abweichend zum Pflegegeld, vgl. § 37 Abs. 2 SGB XI) nicht entsprechend gekürzt.

Beispiel 1

Monatliche Pflegesachleistung des Pflegegrades 2 ab 01.01.2017 in Höhe von bis zu 689,00 EUR

Ab 14.03.2017 ruht der Leistungsanspruch gem. § 34 Abs. 2 SGB XI

Für die Zeit vom 01.03.2017 bis 13.03.2017 besteht ein Leistungsanspruch für Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 689,00 EUR.

(5) Bezieht der Pflegebedürftige Entschädigungsleistungen, z. B. nach § 35 BVG, ruhen die Leistungen nach dem SGB XI in der Höhe der bezogenen Entschädigungsleistung (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI). Hat der Pflegebedürftige daneben noch einen Anspruch auf Beihilfe, ist die Hälfte der Pflegezulage nach § 35 BVG auf die Hälfte der Pflegesachleistung anzurechnen. Die sich ggf. daraus ergebende Differenz kann der Pflegebedürftige als Pflegesachleistung in Anspruch nehmen.

Beispiel 2

Beihilfeberechtigter Pflegebedürftiger – Pflegegrad 3, Monat März 2017

Höchstbetrag der Pflegesachleistung:	1.612,00 EUR : 2 =	806,00 EUR
Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2016):	741,00 EUR : 2 =	./. 370,50 EUR
		435,50 EUR

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige kann noch in Höhe von bis zu 435,50 EUR Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen.

6. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) die Pflegesachleistung für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflege geltenden Höchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Dies dürfte allerdings relativ selten vorkommen, da die Leistungen insgesamt den Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 SGB XI des jeweiligen Pflegegrades nicht übersteigen dürfen.

Beispiel 1

Pflegegrad 3

Vermindertes Heimentgelt (75 v. H.) wegen Wochenendpflege im häuslichen Bereich vom 01.04. bis 30.04.2017 (unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten)	=	850,00 EUR
Leistungen nach § 36 SGB XI Restanspruch (1.298 EUR – 850,00 EUR)	=	448,00 EUR

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige kann noch Pflegesachleistung in Höhe von 448,00 EUR in Anspruch nehmen.

(2) Auch bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Pflegesachleistung für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen wird der Betrag nach § 43a SGB XI auf den Sachleistungshöchstanspruch des jeweiligen Pflegegrades angerechnet.

Beispiel 2

Pflegegrad 3

Pflege in häuslicher Umgebung im August 2017 jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 24.08. bis 31.08.2017	=	17 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	=	170,00 EUR

(für die Zeit vom 24.08. bis 31.08.2017 berechnet die Einrichtung ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 1.128,00 EUR (1.298,00 EUR – 170,00 EUR) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

(3) Die Höhe des Leistungsanspruchs (ggf. i. V. m. der Entscheidung über die Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und dessen Grad) ist dem Pflegebedürftigen und ggf. der Pflegeeinrichtung bekannt zu geben.

7. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Schöpft der Pflegebedürftige den ihm zustehenden Sachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI in dem jeweiligen Kalendermonat nicht voll aus, kann er den nicht für ambulante Pflegesachleistungen verwendeten Betrag für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) verwenden. Dabei darf der für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Betrag maximal 40 v. H. der in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades betragen. Weitere Erläuterungen sind Ziffer 2 zu § 45a SGB XI zu entnehmen.

§ 37 SGB XI
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Falle der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 6.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der

zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

1. Leistungsvoraussetzungen

(1) Pflegegeld wird gezahlt, wenn Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in häuslicher Umgebung (dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde) gepflegt werden. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, dem Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird. Voraussetzung ist aber, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld, dessen Umfang entsprechend, die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise sicherstellen kann. Ist dies – z. B. nach einer Feststellung des MDK nach § 18 Abs. 6 Satz 4 SGB XI – nicht der Fall, kann das Pflegegeld nicht gezahlt werden. Ggf. obliegt der Pflegekasse (z. B. nach § 4 Abs. 3 SGB XI) die Verpflichtung darauf hinzuwirken, dass der Pflegebedürftige eine wirksame und wirtschaftliche Pflegeleistung erhält.

(2) Mit dem Pflegegeld soll der Pflegebedürftige in die Lage versetzt werden, Angehörigen, dem Lebenspartner und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich erbrachte Pflege und Betreuung zukommen zu lassen.

(3) Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Hierbei ist es unerheblich, ob der Pflegebedürftige die Haushaltsführung eigenverantwortlich regeln kann oder nicht (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 36 SGB XI).

(4) Der Anspruch auf das Pflegegeld ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. In diesem Fall besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 ein Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld (vgl. Ziffer 11 zu § 43 SGB XI).

(5) Ist ein pflegebedürftiger Schüler von Montag bis Freitag in einer Einrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI, z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen, Kindergärten) internatsmäßig untergebracht, besteht ein Anspruch auf Pflegegeld. Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.

Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internates anzunehmen ist. Dennoch kann ein anteiliges Pflegegeld für die Zeiträume gezahlt werden, in denen sich der Pflegebedürftige im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für die Ferienzeiten, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird.

2. Leistungshöhe und Zahlungsweise

2.1 Allgemeines

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und beträgt je Kalendermonat

- 316,00 Euro im Pflegegrad 2,
- 545,00 Euro im Pflegegrad 3,
- 728,00 Euro im Pflegegrad 4 und
- 901,00 Euro im Pflegegrad 5.

In Anlehnung an das BSG-Urteil vom 25.10.1994 – 3/1 RK 51/93 – wird das Pflegegeld monatlich im Voraus gezahlt.

2.2 Kürzung des Pflegegeldes

2.2.1 Allgemeines

(1) Besteht der Anspruch auf das Pflegegeld nicht für einen vollen Kalendermonat (z. B. bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Laufe des Kalendermonats), wird das Pflegegeld anteilig gekürzt.

(2) Bei einer anteiligen Kürzung des Pflegegeldes ist der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen.

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4 ab 21.05.2017:

Pflegegeld für Mai = $\frac{728{,}00 \text{ EUR} \times 11}{30} = 266{,}93 \text{ EUR}$

Beispiel 2

Pflegegeld des Pflegegrades 2 ab 31.01.2017:

Pflegegeld ist für den 31.01.2017 zu zahlen (316,00 EUR x 1 : 30) = 10,53 EUR

2.2.2 Vier-Wochen-Regelung nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI

(1) Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung der Leistung. Die 4-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein.

Entsprechend der Verfahrensweise bei vollstationärer Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V besteht auch bei Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V ein Anspruch auf Pflegegeld für bis zu vier Wochen. Sofern die Pflegebedürftigkeit während der vollstationären Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V festgestellt wird und auch erst ab diesem Zeitpunkt vorliegt, kann eine Zahlung des Pflegegeldes erst ab dem Tag vorgenommen werden, ab dem sich der Pflegebedürftige wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet.

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 21.02. bis 25.03.2017

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 20.03.2017. Für den Monat Februar 2017 ist ein Pflegegeld in Höhe von 316,00 EUR zu zahlen. Für die Zeit vom 01.03.2017 bis 20.03.2017 (20 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Vom 21.03.2017 bis 24.03.2017 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 25.03.2017 bis 31.03.2017 (7 Tage) wird wieder Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 284,40 EUR (316,00 EUR x 27 : 30) ausgezahlt.

(3) Tritt ein Tatbestand (z. B. Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V) zu einem anderen (z. B. vollstationäre Krankenhausbehandlung) hinzu oder schließt er sich an, hat das zur Folge, dass die Günstigkeitsregelung nur einmal Anwendung findet.

Beispiel 2

Pflegegeld des Pflegegrades 3

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 01.02. bis 07.02.
Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	vom 07.02. bis 04.03. (kein Schaltjahr)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist nicht für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit der stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu sehen.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände (01.03.).

Ab dem 04.03. – letzter Tag der Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

Beispiel 3

Pflegegeld des Pflegegrades 4

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 01.03. bis 14.03. (14 Tage)

Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V vom 15.03. bis 11.04. (28 Tage)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist nicht für sich allein, sondern im Zusammenhang mit der häuslichen Krankenpflege zu werten.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände (29.03.).

Ab dem 11.04. – letzter Tag der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

(4) In Fällen, in denen nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine Anschlussrehabilitation in einer Einrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V durchgeführt wird und diese sich nicht direkt an die vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt, ist von zwei Tatbeständen auszugehen.

Beispiel 4

Teil 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 17.10. bis 27.11. (42 Tage)
Anschlussrehabilitation in einer Einrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V	vom 10.12. bis 04.01. (26 Tage)

Ergebnis:

Der Tatbestand der vollstationären Krankenhausbehandlung ist für sich alleine zu sehen, da die Anschlussrehabilitation sich nicht direkt anschließt.

Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt ab dem 14.11. (29. Tag). Ab dem 27.11. – letzter Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist die Pflegegeldzahlung wieder auf zunehmen. Für die Zeit der Anschlussrehabilitation ist keine Kürzung des Pflegegeldes vorzunehmen.

Teil 2

Die Anschlussrehabilitation wird statt bis zum 04.01. bis zum 18.01. (länger als 28 Tage) durchgeführt. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt ab dem 07.01. Ab dem 18.01. – letzter Tag der Anschlussrehabilitation – ist die Pflegegeldzahlung wieder aufzunehmen.

(5) Für die „Weiterzahlung“ des Pflegegeldes ist es Voraussetzung, dass vor dem vollstationären Krankenhausaufenthalt/ Maßnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V / der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand.

2.2.3 Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege

(1) In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt. Der Anspruch besteht auch, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.

Die Weiterzahlung des Pflegegeldes setzt voraus, dass vor Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist der Pflegegrad im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege maßgeblich. Die Zahlung des hälftigen Pflegegeldes ist während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für die Dauer von bis zu acht Wochen oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für die Dauer von bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fort zu gewähren. Eine Kürzung des Pflegegeldes erfolgt jedoch nicht für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege. An diesen Tagen bleibt dem Pflegebedürftigen das Pflegegeld in voller Höhe erhal-

ten. Dies entspricht der bisherigen Regelung. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt die 8- bzw. 6-Wochen-Frist.

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 10.04. bis 19.04.2017

Ergebnis:

Pflegegeld ist für die Zeit vom 01.04.2017 bis 10.04.2017 (10 Kalendertage) und vom 19.04.2017 bis 30.04.2017 (12 Kalendertage) zu zahlen. Insoweit wird für diesen Zeitraum ein Pflegegeld in Höhe von 231,73 EUR (316,00 EUR x 22 : 30) ausgezahlt. Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 42,13 EUR (50 v. H. von 316,00 EUR = 158,00 EUR x 8 : 30) weitergezahlt. Für den Monat April 2017 wird somit ein Pflegegeld in Höhe von insgesamt 273,86 EUR (231,73 EUR + 42,13 EUR) ausgezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vom 03.04. bis 30.04.2017

Ergebnis:

Da für den ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege ein volles Pflegegeld gezahlt wird, wird für den Monat April 2017 vom 01.04.2017 bis 03.04.2017 (3 Kalendertage) und am 30.04.2017 (1 Kalendertag) volles Pflegegeld für insgesamt 4 Kalendertage geleistet. Während der Kurzzeitpflege wird hälftiges Pflegegeld vom 04.04.2017 bis 29.04.2017 für insgesamt 26 Kalendertage weitergezahlt. Im laufenden Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu 28 Kalendertage während der Kurzzeitpflege.

Teil 2

Der Leistungsrahmen nach § 42 SGB XI (in einer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung) ist bereits am 25.04.2017 ausgeschöpft. Somit kann ein hälftiges Pflegegeld nur für den Zeitraum vom 04.04.2017 bis 24.04.2017 gewährt werden. Für den Zeitraum vom 01.04.2017 bis 03.04.2017 und ab 25.04.2017 wird volles Pflegegeld geleistet.

Beispiel 3

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2	bis 31.03.2017
Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3	ab 01.04.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 01.04.2017 bis 20.04.2017

Ergebnis:

Pflegegeld ist für den 01.04.2017 und vom 20.04.2016 bis 30.04.2016 (12 Kalendertage) in Höhe von 218,00 EUR (545 EUR x 12 : 30) zu zahlen.

Zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ab 01.04.2017 besteht ein Anspruch auf Pflegegeld des Pflegegrades 3. Aus diesem Grunde erfolgt die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes nach dem Pflegegrad 3. Für die Zeit vom 02.04.2017 bis 19.04.2017 (18 Kalendertage) ist während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 163,50 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 18 : 30) zu zahlen.

Beispiel 4

Die Verhinderungspflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 wird von seiner nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebendem Sohn vom 04.03. bis 14.04.2017 (42 Kalendertage) durchgeführt.

Ergebnis:

Am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe, so dass für die Zeit vom 01.03.2017 bis 04.03.2017 und vom 14.04.2017 bis 30.04.2017 ein volles Pflegegeld in Höhe von 381,50 EUR (545,00 EUR x 21 : 30) gezahlt wird. Während der Verhinderungspflege wird ein hälftiges Pflegegeld für bis zu sechs Wochen weitergezahlt. Für den Zeitraum vom 05.03.2017 bis 13.04.2017 wird daher ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 363,33 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 40 : 30) gezahlt.

(2) Sofern der Pflegebedürftige im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege lediglich einen Anspruch auf gekürztes Pflegegeld hatte, weil der Nachweis über den Beratungseinsatz nicht erbracht wurde, wird während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen oder während der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen die Hälfte des gekürzten Pflegegeldes (also ein Viertel) weitergezahlt. Erfolgt die Kürzung des Pflegegeldes wegen des fehlenden Nachweises des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI während der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege, wird bis zu acht Wochen oder während der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von bis zu sechs Wochen ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Wurde die Zahlung des Pflegegeldes aufgrund des fehlenden Nachweises des Beratungseinsatzes eingestellt, wird kein hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI weitergezahlt.

Beispiel 5

Die Verhinderungspflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 25.05. bis 01.06.2017 (8 Kalendertage) erbracht. Da die Nachweisführung eines Beratungseinsatzes nicht innerhalb des Vierteljahreszeitraumes vom 01.01. bis 31.03.2017 erfolgte, hat die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.04.2017 das Pflegegeld zum 01.05.2017 um 50 v. H. gekürzt.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege in Höhe der entstandenen Leistungen des Pflegedienstes	780,00 EUR
Berechnung der Pflegegeldansprüche:	
vom 01.05. bis 25.05.2017	
volles Pflegegeld (728,00 EUR : 2 = 364,00 EUR x 25 : 30)	303,33 EUR
vom 26.05. bis 31.05.2017	
hälftiges Pflegegeld (364,00 EUR : 2 = 182,00 EUR x 6 : 30)	36,40 EUR

Vor Beginn der Verhinderungspflege wurde das Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR wegen des fehlenden Nachweises über einen Beratungseinsatz um 50 v. H. auf 364,00 EUR gekürzt. Für den Zeitraum vom 01.05.2017 bis 25.05.2017 wird ein Pflegegeld in Höhe von 303,33 EUR (50 v. H. von 728,00 EUR = 364,00 EUR x 25 : 30) gezahlt. Während der Verhinderungspflege wird ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 36,40 EUR (50 v. H. von 364,00 EUR = 182,00 EUR x 6 : 30) weitergezahlt. Ab 01.06.2017 wird für den Monat Juni 2017 ein Pflegegeld in Höhe von 364,00 EUR gezahlt.

Beispiel 6

Der Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 erbringt im Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09.2017 keinen Nachweis über einen Beratungseinsatz. Nach Mitteilung der Pflegekasse vom 04.10.2017 erfolgt eine Pflegegeldkürzung um 50 v. H. zum 01.11.2017. Nachdem auch im folgenden Vierteljahreszeitraum vom 01.10. bis 31.12.2017 keine Nachweisführung erfolgt, stellt die Pflegekasse mit Mitteilung vom 04.01.2018 die Pflegegeldzahlung zum 01.02.2018 ein. Vom 15.02. bis 20.02.2018 nimmt die Pflegebedürftige Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Kurzzeitpflege. Da das Pflegegeld zum 01.02.2018 eingestellt wurde, wird für den Monat Februar 2018 weder Pflegegeld noch ein hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege gezahlt.

(3) Ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI besteht auch nicht, wenn der Pflegebedürftige vor deren Antritt noch keinen Anspruch auf Pflegegeld hatte. Beantragt der Pflegebedürftige während eines Krankenhausaufenthaltes Pflegegeld, kann eine Auszahlung des Pflegegeldes während des Krankenhausaufenthaltes nicht erfolgen. Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes liegen erstmals ab dem Tag vor, an dem er sich wieder in seiner häuslichen Umgebung befindet (vgl. Ziffer 2.2.2).

Beispiel 7

Der Versicherte befindet sich vom 16.05. bis 04.06.2017 in der vollstationären Krankenhausbehandlung. Er beantragt erstmalig am 20.05.2017 während der vollstationären Krankenhausbehandlung Leistungen der Pflegeversicherung. Im Anschluss an die vollstationäre Krankenhausbehandlung wechselt er vom 04.06. bis zum 13.06.2017 in die Kurzzeitpflege. Ab 20.05.2017 besteht ein Anspruch auf Pflegegeld des Pflegerades 2.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die Leistungen der Kurzzeitpflege. Es besteht kein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege, weil während der vollstationären Krankenhausbehandlung kein Anspruch auf Pflegegeld bestand.

(4) Hat der Pflegebedürftige vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu acht bzw. sechs Wochen. Dauerte der Krankenhausaufenthalt länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Beispiel 8

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.04. bis 25.04.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.04. bis 13.05.2017
Häusliche Pflege	ab dem 13.05.2017

Ergebnis:

Während der Kurzzeitpflege wird vom 26.04. bis zum 12.05.2017 hälftiges Pflegegeld weitergezahlt, da vor der vollstationären Krankenhausbehandlung Pflegegeld des Pflegerades 2 bezogen wurde und der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI während des Krankenhausaufenthaltes nicht ruhte. Für den letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung am 25.04.2017 und den letzten Tag der Kurzzeitpflege am 13.05.2017 wird volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 9

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 25.04. bis 05.06.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 05.06. bis 13.06.2017
Häusliche Pflege	ab dem 13.06.2017

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige befindet sich bereits seit dem 25.04.2017 in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 22.05.2017 fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI vom 23.05.2017 bis 05.06.2017. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 05.06.2017 bis 12.06.2017. Ab dem 13.06.2017 wird wieder volles Pflegegeld geleistet.

Die vorstehenden Ausführungen gelten für alle Tatbestände des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, auch in den Fällen, in denen während des Leistungszeitraumes ein neues Kalenderjahr beginnt.

(5) Für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI besteht Anspruch auf die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Bei einem Wechsel in die vollstationäre Krankenhausbehandlung wird für die ersten 28 Tage das Pflegegeld weitergezahlt. Aufgrund der vorangegangenen Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI beträgt die Höhe des Pflegegeldes weiterhin die Hälfte des bisherigen Pflegegeldes. Wird jedoch aufgrund der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege oder der Verhinderungspflege von mehr als acht bzw. sechs Wochen ab dem 57. bzw. 43. Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege kein hälftiges Pflegegeld mehr gezahlt, besteht bei einem Wechsel in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ebenfalls kein Anspruch auf Pflegegeld.

Beispiel 10

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 21.04. bis 06.05.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 06.05. bis 31.05.2017
Häusliche Pflege	ab dem 31.05.2017

Ergebnis:

Am ersten Tag der Kurzzeitpflege (21.04.2017) besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe. Vom 22.04.2017 bis 05.05.2017 wird hälftiges Pflegegeld des Pflegegrades 3 weitergezahlt. Bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage.

Der Pflegebedürftige hat während der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege erhält er während der vollstationären Krankenhausbehandlung weiterhin hälftiges Pflegegeld. Ab dem 31.05.2017 – dem letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – ist das Pflegegeld wieder in voller Höhe zu zahlen.

Beispiel 11

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4

Aufenthalt in der Kurzzeitpflege	03.03. bis 30.04.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	30.04. bis 19.05.2017
Häusliche Pflege	ab dem 19.05.2017

Die Leistungen der Verhinderungspflege sind bereits ausgeschöpft.

Ergebnis:

Am ersten Tag der Kurzzeitpflege (03.03.2017) besteht ein Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe. Vom 04.03.2017 bis 27.04.2017 wird hälftiges Pflegegeld weitergezahlt. Ab dem 57. Tag (28.04.2017) der Kurzzeitpflege besteht für die Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege kein weiterer Anspruch auf hälftiges Pflegegeld (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Grundsätzlich ruht der Anspruch auf Pflegegeld bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflegeeinrichtung von mehr als 56 Tagen, wird während der vollstationären Krankenhausbehandlung kein hälftiges Pflegegeld weitergezahlt. Der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeitpflege ist auf bis zu 56 Tage begrenzt, so dass ab dem 57. Tag der Kurzzeitpflege kein Pflegegeld mehr gezahlt wird. Ab dem 19.05.2017 – dem letzten Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung – besteht wieder Anspruch auf volles Pflegegeld.

(6) Hat der Pflegebedürftige vor der Aufnahme ins Krankenhaus Pflegegeld bezogen, und nimmt die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Zahlung des hälftigen Pflegegeldes, sofern der Krankenhausaufenthalt nicht länger als 28 Tage dauerte. Schließt sich nach Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege unmittelbar ein weiterer Krankenhausaufenthalt an, ist für diesen Zeitraum das hälftige Pflegegeld für die ersten 28 Tage weiterzuzahlen. Der Tatbestand des erneuten Krankenhausaufenthaltes ist gesondert zu betrachten. Dauerte der Krankenhausaufenthalt vor der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege jedoch länger als 28 Tage, entfällt der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie während eines sich erneut unmittelbar anschließenden Krankenhausaufenthaltes.

Beispiel 12

Teil 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 16.05. bis 03.06.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 03.06. bis 14.06.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 14.06. bis 30.06.2017
Häusliche Pflege	ab dem 30.06.2017

Ergebnis:

Da bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage ruht, hat der Pflegebedürftige einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes während der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 16.05.2017 bis 03.06.2017 (19 Tage). Während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege vom 04.06.2017 bis 13.06.2017 wird ein hälftiges Pflegegeld weitergezahlt.

Der Tatbestand der erneuten vollstationären Krankenhausbehandlung vom 14.06.2017 bis 30.06.2017 (17 Tage) ist gesondert zu betrachten. Daher wird das Pflegegeld während der vollstationären Krankenhausbehandlung für die ersten 28 Tage hälftig fortgezahlt. Ab dem 30.06.2017 befindet sich der Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege, so dass ab dem 30.06.2017 das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt wird.

Teil 2

Der Pflegebedürftige kehrt am 30.06.2017 nicht in die häusliche Pflege zurück, sondern wird in die vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Es wird daher ab dem 01.07.2017 kein Pflegegeld mehr gezahlt. Für den Zeitraum vom 14.06.2017 bis 30.06.2017 wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 13

Pflegegeldbezieher des Pflegerades 4	seit 01.01.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 25.03. bis 25.04.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.04. bis 27.04.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 27.04. bis 29.04.2017
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI	ab 29.04.2017

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige befindet sich bereits seit dem 25.03.2017 in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Da der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung auf den 21.04.2017 fällt, ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI ab dem 22.04.2017. Es besteht daher kein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege vom 25.04.2017 bis 27.04.2017 und der sich unmittelbar anschließenden Krankenhausbehandlung vom 27.04.2016 bis 29.04.2017. Da der Pflegebedürftige am 29.04.2017 in die vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird und nicht in die häusliche Pflege zurückkehrt, wird ab dem 29.04.2017 die Pflegegeldzahlung nicht wieder aufgenommen.

(7) Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes besteht für die Dauer der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen und für die Dauer der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen. Dieser Anspruch entsteht mit jedem Kalenderjahr neu (vgl. Ziffer 1 Abs. 3 zu § 39 SGB XI und Ziffer 5.1 zu § 42 SGB XI). Voraussetzung für die Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei jahresübergreifenden Leistungszeiträumen ist, dass am 31.12. ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld besteht.

Beispiel 14

Die Kurzzeitpflege bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II (Überleitung in Pflegegrad 3) wird vom 20.12.2016 bis 15.01.2017 in einer nach § 72 SGB XI zugelassenen Einrichtung erbracht. Im Jahr 2016 wurden bereits Leistungen der Kurzzeitpflege für insgesamt 15 Tage in Anspruch genommen und das hälftige Pflegegeld für diesen Zeitraum weitergezahlt.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Kurzzeitpflege am 20.12.2016 wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 21.12.2016 bis 31.12.2016 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Mit dem neuen Kalenderjahr besteht ein neuer Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und somit auch ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen. Für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 14.01.2017 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Vom 15.01.2017 bis 31.01.2017 besteht ein Anspruch auf volles Pflegegeld. Der Pflegebedürftige hat im Jahr 2017 noch einen Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeitpflege für 41 Tage.

Beispiel 15

Pflegebedürftiger der Pflegestufe I (Überleitung in Pflegegrad 2) nimmt vom 11.11.2016 bis 15.01.2017 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Im Jahr 2016 wurden die Leistungen der Kurzzeitpflege bereits ausgeschöpft. Leistungen der Verhinderungspflege wurden bisher nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 11.11.2016 wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 12.11.2016 bis 22.12.2016 besteht ein Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld. Vom 23.12.2016 bis 31.12.2016 wird kein hälftiges Pflegegeld gezahlt, da die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Verhinderungspflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf 42 Tage begrenzt ist.

Ab 01.01.2017 besteht ein neuer Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und somit grundsätzlich auch ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen. Da der Anspruch auf hälftiges Pflegegeld jedoch am 22.12.2016 endet und somit am 31.12.2016 keine Pflegegeldzahlung erfolgt, kann ab 01.01.2017 keine Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes für 42 Tage erfolgen.

(8) Nimmt der Pflegebedürftige direkt im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt sowohl die Leistungen der Kurzzeitpflege als auch die Leistungen der Verhinderungspflege in Anspruch, besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege nur, wenn der vorangehende Krankenhausaufenthalt nicht länger als 28 Tage dauerte. Dies gilt auch, wenn die Verhinderungspflege in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchgeführt wird.

Beispiel 16

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4 vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 15.01. bis 16.02.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 16.02. bis 02.03.2017
Verhinderungspflege in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	vom 02.03. bis 19.03.2017

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 11.02.2017. Für den Monat Januar 2017 wird ein Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR gezahlt. Für die Zeit vom 01.02.2017 bis 11.02.2017 (11 Tage) wird ein Pflegegeld in Höhe von 266,93 EUR (728,00 EUR x 11 : 30) unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI gezahlt. Vom 12.02.2017 bis 16.02.2017 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI.

Da der Anspruch auf Pflegegeld vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI seit 12.02.2017 ruht, wird kein hälftiges Pflegegeld während der Inanspruchnahme der Kurzzeit- und Verhinderungspflege gezahlt. Ab dem 19.03.2017 – dem letzten Tag der Verhinderungspflege – wird wieder volles Pflegegeld geleistet.

(9) Wird die Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht, die bis zum zweiten Grade mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben (vgl. Ziffer 2.2 zu § 39 SGB XI), wird das hälftige Pflegegeld zusätzlich zu den Aufwendungen in Höhe des Pflegegeldes weitergezahlt (vgl. im Übrigen auch Beispiel 1 in Ziffer 2.2 zu § 39 SGB XI).

Beispiel 17

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 03.01. bis 13.02.2017 (42 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 474,00 EUR Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 90,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Ersatzpflege	
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 2	= 474,00 EUR
plus Fahrkosten	= 90,00 EUR
Gesamt	**= 564,00 EUR**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 03.01. und 13.02.2017	
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30)	= 21,07 EUR
vom 04.01. bis 12.02.2017	
hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 40 : 30)	= 210,67 EUR

Ergebnis:

Neben den pflegebedingten Aufwendungen und den Fahrtkosten wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gezahlt, sodass für den 03.01.2017 und 13.02.2017 ein volles Pflegegeld in Höhe von 21,07 EUR (316,00 EUR x 2 : 30) gezahlt wird. Während der Verhinderungspflege wird vom 04.01.2017 bis 12.02.2017 ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 210,67 EUR (50 v. H. von 316,00 EUR = 158,00 EUR x 40 : 30) fortgezahlt. Der Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft

(10) Bei einem Zusammentreffen von hälftigem Pflegegeld bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege und Pflegegeld darf der Höchstanspruch nach § 37 Abs. 1 SGB XI für den Kalendermonat nicht überschritten werden.

Beispiel 18

Die Verhinderungspflege einer Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 26.01. bis 28.01. 2017 (3 Kalendertage) erbracht.

Ergebnis:

Vom 01.01.2017 bis 26.01.2017 (26 Tage) und vom 28.01.2017 bis 31.01.2017 (4 Tage) wird das volle Pflegegeld in Höhe von 545,00 EUR ausgezahlt. Für den 27.01.2017 besteht ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes in Höhe von 9,08 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 1 : 30). Da das Pflegegeld jedoch auf den monatlichen Höchstbetrag zu begrenzen ist, erfolgt lediglich eine Auszahlung des Pflegegeldes in Höhe von 545,00 EUR.

2.2.4 Leistungshöhe im Rahmen der Überleitung

(1) Werden Pflegebedürftige zum 01.01.2017 formal von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet, ist für die Höhe des Pflegegeldes ab diesem Zeitpunkt der jeweils festgestellte Pflegegrad maßgebend.

Beispiel 1:

Pflegestufe 2 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	bis 31.12.2016
Pflegegrad 4	ab 01.01.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 20.12.2016 bis 10.01.2017

Ergebnis:

Für den Monat Dezember 2016 ist ein Pflegegeld in Höhe von 545,00 EUR zu zahlen. Da die vollstationäre Krankenhausbehandlung weniger als 28 Tage umfasst, ist für den Monat Januar 2017 das volle Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR zu zahlen.

(2) Bei Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei der Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege über den 31.12.2016 hinaus, sind die ab 01.01.2017 geltenden Leistungsbeträge des jeweiligen Pflegegrades zu Grunde zu legen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz befindet sich vom 23.12.2016 bis zum 10.01.2017 in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Er wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
vom 01.12.2016 bis 23.12.2016
volles Pflegegeld (545,00 EUR x 23 : 30) 417,83 EUR
vom 24.12.2016 bis 31.12.2016
hälftiges Pflegegeld (545,00 EUR : 2 = 272,50 EUR x 8 : 30) 72,67 EUR

vom 01.01.2017 bis 09.01.2017
hälftiges Pflegegeld (728,00 EUR : 2 = 364,00 EUR x 9 : 30) 109,20 EUR
10.01.2017 bis 31.01.2017
volles Pflegegeld (728,00 EUR x 22 : 30) 533,87 EUR

Für den Zeitraum vom 01.12.2016 bis 23.12.2016 ist ein volles Pflegegeld in Höhe von 417,83 EUR zu zahlen. Während der Kurzzeitpflege vom 24.12.2016 bis 31.12.2016 ist ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 72,67 EUR und vom 01.01.2017 bis 09.01.2017 in Höhe von 109,20 EUR zu zahlen. Für den Zeitraum vom 10.01.2017 bis 31.01.2017 wird ein volles Pflegegeld in Höhe von 533,87 EUR gezahlt.

(3) Stellen Pflegebedürftige, die zum 01.01.2017 in einen Pflegegrad übergelietet wurden, einen Antrag auf Höherstufung und ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen für diesen Zeitraum nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht (vgl. Ziffer 4 zu § 140 SGB XI).

Beispiel 3

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe 3 wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Am 13.01.2017 beantragt er die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MDK stellt am 24.01.2017 das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 ab 28.11.2016 fest. Für die Monate November und Dezember 2016 wurde ein Pflegegeld jeweils in Höhe von 728,00 EUR gezahlt.

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:

vom 01.11.2016 bis 27.11.2016 = 728,00 EUR x 27 : 30 = 655,20 EUR
vom 28.11.2016 bis 30.11.2016 = 901,00 EUR x 3 : 30 = 90,10 EUR
Gesamt = **745,30 EUR**

vom 01.12.2016 bis 31.12.2016 = 901,00 EUR

vom 01.01.2017 bis 31.01.2017 = 901,00 EUR

Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeld zu verrechnen.

2.3 Leistungshöhe des Pflegegeldes im Sterbemonat

(1) Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats gezahlt, in dem der Anspruchsberechtigte verstorben ist. Somit ist das Pflegegeld für diesen (Teil-)Monat nicht zurückzufordern.

Beispiel 1

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4

Tod des Pflegebedürftigen am 10.09.

Das Pflegegeld für den Monat September wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Keine Rückforderung des ausgezahlten Pflegegeldes für die Zeit vom 11.09. bis 30.09.

Sofern das Pflegegeld für den Sterbemonat noch nicht angewiesen ist, erfolgt eine Auszahlung an die Sonderrechtsnachfolger (z. B. Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Haushaltsführer, vgl. § 56 SGB I). Gibt es keinen Sonderrechtsnachfolger, erfolgt die Auszahlung des Pflegegeldes an den Erben (§ 58 SGB I, §§ 1922 ff BGB).

Die vorgenannte Regelung ist allerdings nur dann anzuwenden, wenn im Sterbemonat mindestens für einen Tag ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI und § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI bestanden hat. Berechnungsgrundlage ist immer das volle Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Dies gilt auch, wenn der Pflegebedürftige im Zeitpunkt des Todes aufgrund der Gewährung von Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein hälftiges Pflegegeld bezogen hat. Ruhenstatbestände nach § 34 SGB XI sind bei der Zahlung von Pflegegeld zu berücksichtigen.

Beispiel 2

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 5

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 06.04. bis 15.05.2017

Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus am 15.05.2017

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 03.05.2017. Für die Zeit vom 01.05.2017 bis 03.05.2017 (3 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen.

Vom 04.05.2017 bis 14.05.2017 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Vom 15.05.2017 bis 31.05.2017 (17 Tage) wird das Pflegegeld geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 600,67 EUR (901,00 EUR x 20 : 30) gezahlt.

Beispiel 3

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	vom 05.02. bis 27.02.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 27.02. bis 07.03.2017
Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus	am 07.03.2017

Ergebnis:

Bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung ruht der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage. Der Pflegebedürftige hat während der vollstationären Krankenhausbehandlung einen Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes. Aufgrund der vorangegangenen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird für den Monat März 2017 vom 01.03.2017 bis zum 06.03.2017 (6 Kalendertage) ein hälftiges Pflegegeld in Höhe von 54,50 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 6 : 30) gezahlt. Vom 07.03.2017 bis 31.03.2017 (25 Kalendertage) wird das volle Pflegegeld in Höhe von 454,17 EUR(545,00 EUR x 25 : 30) EUR gezahlt.

Beispiel 4

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 5

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 02.04. bis 12.04.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 12.04. bis 25.05.2017
Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus	am 25.05.2017

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 09.05.2017. Für die Zeit vom 01.05.2017 bis 09.05.2017 (9 Kalendertage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege wird für diesen Zeitraum ein Pflegegeld in Höhe von 135,15 EUR (50 v. H. von 901,00 EUR = 450,50 EUR x 9 : 30) gezahlt.

Vom 10.05.2017 bis 24.05.2017 ruht der Anspruch nach § 34 Abs. 2 SGB XI. Da im Monat Mai 2017 für mindestens einen Tag ein Anspruch auf Pflegegeld besteht, wird vom 25.05.2017 bis 31.05.2017 (7 Kalendertage) das Pflegegeld in voller Höhe geleistet. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 210,23 EUR (901,00 EUR x 7 : 30) ausgezahlt.

Beispiel 5

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2 Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI	vom 11.02. bis 18.02.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 18.02. bis 28.02.2017
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 28.02. bis 01.03.2017
Tod des Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 01.03.2017

Ergebnis:

Am ersten Tag der Verhinderungspflege am 11.02.2017 besteht ein Anspruch auf volles Pflegegeld in Höhe von 10,53 EUR (316,00 EUR x 1 : 30). Für den Zeitraum vom 12.02.2017 bis 17.02.2017 (6 Kalendertage) wird während der Inanspruchnahme der Leistungen der Verhinderungspflege ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Da bei Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Anspruch auf Pflegegeld nach § 34 Abs. 2 SGB XI nicht für die ersten 28 Tage ruht, wird sowohl während der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 18.02.2017 bis 28.02.2017 (11 Kalendertage) als auch während des anschließenden Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege weiterhin hälftiges Pflegegeld gezahlt. Insoweit wird für den Monat Februar 2017 ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 17 Kalendertage in Höhe von 89,53 EUR (50 v. H. von 316,00 EUR = 158,00 EUR x 17 : 30) gezahlt. Da für den 01.03.2017 Anspruch auf Pflegegeld besteht, wird das Pflegegeld für den Monat März 2017 in voller Höhe gezahlt.

(2) Auf Pflegegeld, das für Zeiträume nach dem Sterbemonat oder für den Sterbemonat überzahlt wurde, sind die Regelungen des § 118 Abs. 3 und 4 SGB VI anzuwenden. Danach gelten Geldleistungen, die für die Zeit nach dem Tod des Berechtigten auf ein Konto bei einem Geldinstitut im Inland überwiesen wurden, als unter Vorbehalt erbracht. Die Pflegekasse kann somit gegenüber dem Geldinstitut die Leistung als zu Unrecht erbracht zurückfordern.

Soweit über den entsprechenden Betrag schon anderweitig verfügt wurde und die Rücküberweisung nicht aus einem Guthaben erfolgen kann, besteht für das Geldinstitut keine Pflicht zur Rücküberweisung. Lehnt das Geldinstitut mit Hinweis auf diesen Sachverhalt die Rücküberweisung ab, fordert die Pflegekasse das Geldinstitut auf, ihr Name und Anschrift des Empfängers (sofern das Pflegegeld durch Dauerauftrag, Lastschrifteinzug oder sonstiges Zahlungsgeschäft auf ein Konto weitergeleitet wurde) oder Verfügenden (Verfügungsberechtigte, die eine Verfügung über den entsprechenden Betrag vorgenommen oder zugelassen haben) oder eines etwaigen neuen Kontoinhabers zu benennen. Gegenüber diesen Personen ist dann per Verwaltungsakt die Rückforderung geltend zu machen.

Beispiel 6

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3

vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 04.07. bis 04.08.
Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus	am 04.08.

Das Pflegegeld für den Monat August wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Ein Anspruch auf Zahlung besteht bis zum 31.07. (28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung). Das darüber hinaus gezahlte Pflegegeld für den Monat August ist von dem Geldinstitut zurückzufordern.

Diese Regelung gilt auch im Hinblick auf das Pflegegeld, das für Zeiträume nach dem Sterbemonat ausgezahlt wurde.

Beispiel 7

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	vom 25.01. bis 30.01.2017
Tod des Pflegebedürftigen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung	am 30.01.2017

Das Pflegegeld für den Monat Februar 2017 wurde bereits ausgezahlt.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat Januar 2017 ist vom 01.01.2017 bis 25.01.2017 (25 Tage) und vom 30.01.2016 bis 31.01.2017 (2 Tage) volles Pflegegeld in Höhe von 655,20 EUR (728,00 EUR x 27 : 30) zu zahlen. Vom 26.01.2017 bis 29.01.2017 (4 Tage) besteht Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 48,53 EUR (50 v. H. von 728,00 EUR = 364,00 EUR x 4 : 30). Das bereits ausgezahlte Pflegegeld für den Monat Februar 2017 ist von dem Geldinstitut zurückzufordern.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für solche Sachverhalte, in denen es nach dem Tode des Pflegebedürftigen zu einer erstmaligen Bewilligung bzw. zu einer Höherstufung kommt.

Beispiel 8

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4

vollstationäre Krankenhausbehandlung	ab 15.01.
Antrag auf Höherstufung nach	am 21.01.
Tod des Pflegebedürftigen im Krankenhaus	am 26.02.
Begutachtung durch den MDK	am 24.01.
Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 liegt vor	seit 15.01.

Ergebnis:

Pflegegeld ist bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung für vier Wochen weiterzuzahlen. Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 11.02.. Im Januar ist für die Zeit vom 01.01. bis 14.01. Pflegegeld des Pflegegrades 4 und vom 15.01. bis 31.01. nach Pflegegrad 5 zu zahlen. Im Februar ist vom 01.02. bis 11.02. (11 Tage) und vom 26.02. bis 28.02. (3 Tage – kein Schaltjahr) Pflegegeld nach dem Pflegegrad 5 zu zahlen.

3. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages der Pflegesachleistungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Pflegebedürftige mindestens des Pflegegrades 2 können neben dem Pflegegeld bis zu 40 v. H. des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Abs. 4 SGB XI) verwenden (vgl. Ziffer 2 zu § 45a SGB XI). Der für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI gilt als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung. Von daher ist für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes die Kombinationsregelung nach § 38 SGB XI entsprechend anzuwenden (vgl. Erläuterungen zu § 38 SGB XI).

4. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

(1) Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten, kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden) die Zahlung des Pflegegeldes für die tatsächlichen Pflegetage unter Berücksichtigung der in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Sachleistungshöchstwerte in der Familie in Betracht. Dabei zählen Teiltage (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Bei der Ermittlung der Höhe der Geldleistung sind die Regelungen der Kombinationsleistung gemäß § 38 Satz 2 SGB XI anzuwenden (vgl. Ziffer 3 zu § 38 SGB XI). Folglich ist der im Rahmen der vollstationären Pflege in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel 1

Pflegegrad 2

Heimentgelt für den Monat März 2017	= 650,00 EUR
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 03.03. bis 05.03.2017 und vom 17.03. bis 19.03.2017	= 6 Tage
Sachleistungsanteil (650,00 EUR von 689,00 EUR)	= 94,34 v. H.
Geldleistungsanteil	= 5,66 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 03.03.2017 bis 05.03.2017 und 17.03.2017 bis 19.03.2017 in Höhe von insgesamt 3,58 EUR (5,66 v. H. von 316,00 EUR = 17,89 EUR x 6 : 30).

Beispiel 2

Daten wie Beispiel 1

Das Heimentgelt beträgt 730,00 EUR. Da mit diesem Heimentgelt der Sachleistungshöchstbetrag von 689,00 EUR überschritten wird, kann kein anteiliges Pflegegeld mehr gezahlt werden.

Beispiel 3

Pflegegrad 4

Heimentgelt für den Monat April 2017	= 1.460,00 EUR
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 07.04. bis 09.04.2017 und vom 21.04. bis 23.04.2017	= 6 Tage
Sachleistungsanteil (1.460,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 90,57 v. H.
Geldleistungsanteil	= 9,43v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für die Zeit vom 07.04.2017 bis 09.04.2017 und vom 21.04.2017 bis 23.04.2017 in Höhe von insgesamt 13,73 EUR (9,43 v. H. von 728,00 EUR = 68,65 EUR x 6 : 30).

(2) Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kommt für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Zahlung des ungekürzten Pflegegeldes anteilig für die Tage in Betracht, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 4

Pflegegrad 3

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2017 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 16 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 290,67 EUR (545,00 EUR x 16 : 30) gezahlt werden.

Neben den Leistungen nach § 43a SGB XI kann der Pflegebedürftige bei Aufenthalt im häuslichen Bereich auch ambulante Sachleistungen und Pflegegeld in Anspruch nehmen und kombinieren. Bei der Berechnung des Pflegegeldes ist der Sachleistungsanteil nicht zu berücksichtigen.

Beispiel 5

Pflegegrad 2 seit 01.03.2017

Pflege in häuslicher Umgebung im Juni 2017 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 17 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 EUR
Sachleistungsanteil nach § 36 SGB XI I (689,00 EUR – 236,00 EUR)	= 453,00 EUR
Geldleistungsanteil (316,00 EUR x 17 : 30)	= 179,07 EUR

Ergebnis:

Es besteht für den Monat Juni 2017 ein Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von 453,00 EUR und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von insgesamt 179,07 EUR.

5. Beratungseinsatz

5.1 Allgemeines

(1) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen, haben je nach Pflegegrad einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Beratungseinsatz durch eine Vertrags-Pflegeeinrichtung, eine von der Pflegekasse beauftragte – jedoch von ihr nicht beschäftigte – Pflegefachkraft, einen Pflegeberater nach § 7a SGB XI, eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle oder Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz abzurufen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Inanspruchnahme der Beratungseinsätze ist für diesen Personenkreis nicht verpflichtend. Dies gilt gleichfalls für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen.

(2) Pflegebedürftige, für die der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, und die sich an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten im Haushalt der Familie befinden, können ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI beziehen. Diese müssen wie alle Kombinationsleistungsempfänger keinen Beratungseinsatz nachweisen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben bis zum 01.01.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen.

5.2 Zielsetzung des Beratungseinsatzes

Die Beratung ist an den jeweiligen individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfen auszurichten. Daher soll sie je nach dem Bedarf der Pflegebedürftigen Hinweise zu Problemlagen im Zusammenhang mit körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten geben. Die Probleme der täglichen Pflege sollen erörtert und den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen/Lebenspartnern bzw. Pflegepersonen konkrete Vorschläge unterbreitet werden. Die Beratungsbesuche sollen auch Kenntnis über weitergehende Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten vermitteln. Es soll aktiv auf die Möglichkeit der Auskunfts-, Beratungs- und Informationsangebote des für den Pflegebedürftigen zuständigen Pflegestützpunktes und auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie der unentgeltlichen Inanspruchnahme von Pflegekursen nach § 45 SGB XI, auch in der eigenen Häuslichkeit, hingewiesen werden.

Die Informationen aus diesen Beratungseinsätzen sollen dazu beitragen, dass alle an der Pflege Beteiligten (insbesondere Pflegekasse, Krankenkasse, Träger der Sozialhilfe, aber auch Angehörige/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen) im Rahmen eines Case-Managements ihre Möglichkeiten zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation umfassend ausschöpfen. Nur bei konsequenter Ausschöpfung dieser Möglichkeiten kann die Pflege im häuslichen Bereich entsprechend der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes länger erhalten bleiben.

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben bis zum 01.01.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen.

5.3 Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Mit der Durchführung des Beratungseinsatzes kann der Pflegebedürftige einen zugelassenen Pflegedienst seiner Wahl beauftragen. Es sollte empfohlen werden, für die Durchführung der Beratungseinsätze jeweils denselben Pflegedienst zu beauftragen. Somit kann der

Pflegedienst sicherstellen, dass der Beratungsbesuch möglichst auf Dauer von derselben Pflegefachkraft durchgeführt wird. Damit wird einerseits die Vertrauensbildung gefestigt und andererseits die Kontinuität und Effektivität der unterstützenden Beratung gewährleistet.

Der Beratungseinsatz kann auch bei einer von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannten Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz in Anspruch genommen werden. Mit diesen Anerkennungen soll das Beratungsangebot im Interesse der Pflegebedürftigen erweitert werden. Ebenfalls kann eine Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweist, mit dem Beratungseinsatz beauftragt werden.

Kann vor Ort die Beratung durch zugelassene Pflegeeinrichtungen oder von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen nicht gewährleistet werden, kann der Beratungseinsatz auch bei einer von der Pflegekasse beauftragten, jedoch nicht bei ihr angestellten Pflegefachkraft, abgerufen werden. Dies kann auch der Fall sein, wenn aufgrund der vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beratungsbesuch durch einen zugelassenen Pflegedienst aufgrund der erforderlichen Qualifikation der Pflegefachkraft nicht möglich ist. Im Hinblick auf den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag sollte insbesondere bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen der Beratungseinsatz durch Pflegefachkräfte mit geronto-psychiatrischer Zusatzausbildung erfolgen.

Sofern die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen wird und der Pflegeberater mit der persönlichen Pflegesituation des Pflegebedürftigen aufgrund einer in der häuslichen Umgebung durchgeführten Beratung vertraut ist, kann auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch der Pflegeberater die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und bescheinigen.

(2) Die Beratungseinsätze sind in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen durchzuführen. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Pflegebedürftige aufgenommen wurde.

(3) Der Pflegedienst, die beauftragte Pflegefachkraft und die anerkannte Beratungsstelle sowie die Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften haben die bei dem Beratungseinsatz gewonnenen Erkenntnisse an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen weiterzuleiten. Bei Beihilfeberechtigten erfolgt dies auch an die Beihilfefestsetzungsstelle. Die Mitteilung an die Pflegekasse ist nur mit Einverständnis des Pflegebedürftigen zulässig. Zur Verfahrenserleichterung stellt der GKV-Spitzenverband den Pflegediensten, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht, sowie den anerkannten Beratungsstellen und den Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften ein einheitliches Formular zur Verfügung. Darin ist im Sinne einer Einsatzdokumentation darzustellen, welche Vorschläge den Pflegebedürftigen und den/dem pflegenden Angehörigen/Lebenspartner bzw. Pflegepersonen zur Optimierung der Pflegesituation gemacht werden. Diese Einsatzdokumentation erlaubt es der Pflegekasse hinreichend Rückschlüsse für weitere Schritte im Einzelfall zu ziehen, z. B. ein ausführliches Beratungsgespräch im Hinblick auf die Inanspruchnahme anderer Leistungen. Insbesondere kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Einschaltung des MDK oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters bezüglich eines höheren Pflegegrades oder nicht sichergestellter Pflege,

- Empfehlung für die Pflegeperson zur Inanspruchnahme von Pflegekursen, um die seelische Belastung zu mindern bzw. eine weitergehende Qualifikation zu erreichen,

- Umstellung auf die Kombinationsleistung, um die Belastung der Pflegeperson zu mindern oder Überforderungstendenzen der Pflegeperson vorzubeugen,

- Einschaltung der Gesundheitsbehörden bei drohender Verwahrlosung oder bei Gewalt in der Pflege,

- Einschaltung des Amtsgerichtes zur Bestellung eines Betreuers,

- Einschaltung des behandelnden Arztes um kurative Defizite auszuräumen.

(4) Die Vertrags-Pflegeeinrichtung, die beauftragte Pflegefachkraft oder die anerkannte Beratungsstelle sowie die Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft rechnen die Kosten des Beratungseinsatzes direkt mit der Pflegekasse ab. Dies gilt auch für Beratungseinsätze bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 sowie für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Anspruch nehmen. Das Gesetz sieht eine Vergütung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 bis zu 23,00 EUR und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33,00 EUR vor. Diese Regelung gilt entsprechend für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI beziehen und den Beratungseinsatz nicht verpflichtend in Anspruch nehmen. Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können bis zu 23,00 EUR (§ 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI) vergütet werden. Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI). Bei den im Gesetz vorgesehenen Vergütungsbeträgen handelt es sich nicht um Fest-, sondern um Höchstbeträge. Mit der Vergütung sind alle Kosten (z. B. Fahrkosten-/Hausbesuchspauschalen) abgegolten, d. h. über diese Vergütung hinaus können keine zusätzlichen Kosten – weder gegenüber dem Pflegebedürftigen noch der Pflegekasse – berechnet werden.

5.4 Nachweis über die Durchführung des Beratungseinsatzes

(1) Die Inanspruchnahme der verpflichtenden Beratungseinsätze ist gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen. Sofern Pflegeberater eine qualifizierte Beratung im vorgenannten Sinne halb- bzw. vierteljährlich in der häuslichen Umgebung durchgeführt haben, gilt die Beratung als durchgeführt und der Nachweis als erbracht. Weist der Pflegebedürftige den Beratungseinsatz nicht nach, ist das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Als angemessen ist eine Kürzung des Pflegegeldes von 50 v. H. anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen.

(2) Der Beratungseinsatz ist der Pflegekasse von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3 in halbjährlichen und von Pflegebedürftigen der Pflegerade 4 und 5 in vierteljährlichen Abständen nachzuweisen. Aus verwaltungspraktikablen Gründen bietet sich bei der Nachweispflicht das Kalenderhalbjahr bzw. -vierteljahr an. Danach besteht die Nachweispflicht des Pflegebedürftigen jeweils für die Zeit vom 01.01. bis 30.06. und vom 01.07. bis 31.12. bzw. vom 01.01. bis 31.03., vom 01.04. bis 30.06., vom 01.07. bis 30.09. und vom 01.10. bis 31.12. Hierauf wird bereits im Bewilligungsbescheid aufmerksam gemacht. Insofern handelt es sich bei der 3- bzw. 6-Monats-Frist um eine starre – sich aneinander unmittelbar anschließende – Frist. Auch ein verspätet geführter Nachweis löst keine neue Frist aus.

Beispiel 1

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.03.

- Pflegegrad 2 -

Ergebnis:

Der Halbjahreszeitraum, innerhalb dessen ein Nachweis zu führen ist, läuft vom 01.07. bis 31.12. Der neue 6-Monats-Zeitraum beginnt am 01.01. und endet am 30.06. des Folgejahres.

(3) Sofern der Nachweis nicht rechtzeitig der Pflegekasse vorliegt, ist das Pflegegeld angemessen (bis zu 50 v. H.) zu kürzen. Hierüber wird der Pflegebedürftige unmittelbar nach Ablauf der 3- bzw. 6-Monats-Frist informiert.

Die Kürzung erfolgt ab dem 1. des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats.

Beispiel 2

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.03.

- Pflegegrad 2 -

Der Halbjahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 31.12. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige erhält in den ersten Tagen des Monats Januar des Folgejahres die Mitteilung über die beabsichtigte Pflegegeldkürzung zum 01.02. des Folgejahres.

Gleichzeitig wird er über die Anschlussfrist vom 01.01. bis 30.06. des Folgejahres informiert. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.12. im Monat Januar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.

(4) Da die Vertrags-Pflegeeinrichtung das Nachweisformular für den Beratungseinsatz in der Regel der monatlichen Abrechnung beifügt, wird es in Einzelfällen nicht ausgeschlossen werden können, dass der Pflegebedürftige den Einsatz unmittelbar am Fristende abruft und der Nachweis zum Teil erst Wochen später mit der allgemeinen Abrechnung bzw. Anforderung des Betrages durch die Vertrags-Pflegeeinrichtung bei der Pflegekasse eingeht. Um diese Probleme zu vermeiden, kann die Frist für den Zeitpunkt der Kürzung bzw. des Versagens um einen Monat verlängert werden.

Beispiel 3

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 18.03.

- Pflegegrad 3 -

Der Halbjahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 31.12.. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Ergebnis:

Der Pflegebedürftige erhält in den ersten Tagen des Monats Februar des Folgejahres die Mitteilung über die beabsichtigte Pflegegeldkürzung zum 01.03. des Folgejahres.

Gleichzeitig wird er über die Anschlussfrist vom 01.01. bis 30.06. des Folgejahres informiert. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.07. bis 31.12. bis Ende Februar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.

Kommt es während der veranlassten Pflegegeldkürzung zur Nachweisführung, wird die volle Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

(5) Wird der Nachweis trotz erfolgter Pflegegeldkürzung auch im zweiten 3- bzw. 6-Monats-Zeitraum nicht erbracht, handelt es sich um einen "Wiederholungsfall". Dies hat zur Folge, dass die Pflegegeldzahlung zu beenden ist. Hierüber wird der Pflegebedürftige unmittelbar nach Ablauf der zweiten 3- bzw. 6-Monats-Frist informiert. Die Pflegegeldeinstellung erfolgt ab dem 1. des auf die Mitteilung der Pflegekasse folgenden Monats.

Beispiel 4

Pflegegeldbewilligung erfolgt mit Bescheid vom 15.06.

- Pflegegrad 4 -

1. Vierteljahreszeitraum läuft vom 01.07. bis 30.09. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Am 04.10. erfolgt die Mitteilung an den Pflegebedürftigen über die Pflegegeldkürzung ab 01.11.

2. Vierteljahreszeitraum läuft vom 01.10. bis 31.12. Eine Nachweisführung erfolgt nicht.

Am 03.01. des Folgejahres erfolgt die Mitteilung an den Pflegebedürftigen über die Pflegegeldeinstellung zum 01.02. des Folgejahres. Wird der Nachweis für den Zeitraum vom 01.10. bis 31.12. im Monat Januar des Folgejahres erbracht, erfolgt keine Einstellung des Pflegegeldes.

Kommt es nach veranlasster Pflegegeldeinstellung zur Nachweisführung, wird die Pflegegeldzahlung ab dem Tag, an dem der Beratungseinsatz durchgeführt wurde, wieder aufgenommen.

In diesem Fall wird eine neue 3- bzw. 6-Monats-Frist in Gang gesetzt.

Beispiel 5

Daten wie Beispiel 4

Der Pflegebedürftige weist der Pflegekasse am 17.02. des Folgejahres den Beratungseinsatz vom 14.02. des Folgejahres nach.

Ergebnis:

Wiederaufnahme der Pflegegeldzahlung ab dem 14.02. des Folgejahres.

Die Frist innerhalb derer erneut ein Beratungseinsatz nachgewiesen werden muss, läuft vom 01.04. bis 30.06. des Folgejahres.

§ 38 SGB XI
Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

1. Allgemeines

Schöpft der Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5 den ihm nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI nicht aus, hat er daneben Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld nach § 37 SGB XI Der Anteil des Pflegegeldes berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis ist das Pflegegeld anteilig auszuzahlen.

Beispiele

1. Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 hat im Januar 2017 Sachleistungen im Wert von 320,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 689,00 EUR. Er hat somit 46,44 v. H (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 316,00 EUR stehen ihm noch 53,56 v. H., also 169,25 EUR zu.

2. Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 hat im Juni 2017 Sachleistungen im Wert von 950,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.298,00 EUR, er hat somit die Sachleistungen zu 73,19 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) ausgeschöpft. Vom Pflegegeld in Höhe von 545,00 EUR stehen ihm noch 26,81 v. H., also 146,11 EUR zu.

3. Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 hat im Februar 2017 Sachleistungen in Höhe von 640,00 EUR in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1.612,00 EUR. Er hat somit 39,70 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) der Sachleistung in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR noch 60,30 v. H., also 438,98 EUR zustehen.

4. Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 hat im Januar 2017 Sachleistungen in Höhe von 1.760,00 EUR in Anspruch genommen. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 1.995,00 EUR, er hat somit die Sachleistungen zu 88,22 v. H. (kaufmännisch gerundet auf zwei Stellen nach dem Komma) in Anspruch genommen, so dass ihm vom Pflegegeld in Höhe von 901,00 EUR noch 11,78 v. H., also 106,14 EUR zustehen.

2. Entscheidungsbindung

(1) Der Pflegebedürftige hat sich zu entscheiden, **in welchem Verhältnis** er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will. An diese Entscheidung ist er für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine vorzeitige Änderung seiner Entscheidung ist dem Pflegebedürftigen aber zuzugestehen, sofern eine wesentliche Änderung (z. B. Veränderung der Pflegesituation) in den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorgelegenen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. § 48 SGB X). Bei Pflegebedürftigen, die das Ausmaß der Pflegesachleistung nicht im Voraus bestimmen können, kann im Nachhinein das anteilige Pflegegeld monatlich ermittelt und gezahlt werden, sofern ein entsprechender Antrag gestellt wurde.

(2) Die 6-Monats-Frist ist nicht zu beachten, wenn der Pflegebedürftige nur noch die Pflegesachleistung oder nur noch das Pflegegeld in Anspruch nehmen will.

3. Leistungshöhe

(1) Wie auch bei der Geldleistung nach § 37 Abs. 1 SGB XI (vgl. Ziffer 2.2.2 zu § 37 SGB XI) kann bei der Kombinationsleistung der bisher gewährte Anteil der Geldleistung während einer vollstationären Krankenhausbehandlung/ Maßnahme in einer Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung nach § 107 Abs. 2 SGB V oder des Leistungsbezugs nach § 37 Abs. 1 SGB V für die Dauer von bis zu vier Wochen beansprucht werden.

Wird die Kombinationsleistung in stets schwankender Höhe erbracht, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsbetrag ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel 1

Pflegegrad 2 — Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 07.04. bis 13.05.2017

Sachleistung April 2017	= 210,00 EUR
Sachleistung Mai 2017	= 520,00 EUR

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat April 2017

Sachleistungsanteil (210,00 EUR von 689,00 EUR)	= 30,48 v. H.
Geldleistungsanteil	= 69,52 v. H.

Die anteilige Geldleistung ist in Höhe von 69,52 v. H. des für den ganzen Monat zustehenden Geldbetrages (69,52 v. H. von 316,00 EUR) für den April 2017 in Höhe von 219,68 EUR zu zahlen.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Mai 2017

Sachleistungsanteil (520,00 EUR von 689,00 EUR)	= 75,47 v. H.
Geldleistungsanteil	= 24,53 v. H.

Ergebnis:

Da bei vollstationärer Krankenhausbehandlung die anteilige Geldleistung nur für vier Wochen (28 Tage) weiter gewährt werden kann, besteht Anspruch auf Zahlung einer anteiligen Geldleistung vom 01.05.2017 bis 04.05.2017 und nach Ablauf der vollstationären Krankenhausbehandlung vom 13.05.2017 bis 31.05.2017 für insgesamt 23 Tage in Höhe von 59,42 EUR (24,53 v. H. von 316,00 EUR = 77,51 EUR x 23 : 30).

(2) Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI haben einen Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 2

Pflegegrad 3 seit 01.02.2017

Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2017 jeweils von Freitagabend bis Montagmorgen	= 16 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI	= 236,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 290,67 EUR (545,00 EUR x 16 : 30) gezahlt werden.

(3) Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Pflegesachleistungen erbracht worden, weil z. B. der Pflegebedürftige für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde, so besteht hier ein Anspruch auf Pflegegeld unter Berücksichtigung von § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI.

Beispiel 3

Pflegegrad 4	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 01.04. bis 02.05.2017
Im April 2017 sind keine Sachleistungen angefallen.

Verhältnis im April 2017

Sachleistung	0 v. H.
Geldleistung	100 v. H.

Ergebnis:

Der 28. Tag der vollstationären Krankenhausbehandlung fällt auf den 28.04.2017. Für die Zeit vom 01.04.2017 bis 28.04.2017 (28 Tage) ist Pflegegeld unter Berücksichtigung des § 34 Abs. 2 Satz 2 SGB XI zu zahlen. Insoweit wird ein Pflegegeld in Höhe von 679,47 EUR (728,00 EUR x 28 : 30) ausgezahlt.

Der Anspruch auf häusliche Pflege ruht, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht. Die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach dem SGB V entsprechen grundsätzlich den körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfe zur Haushaltsführung nach dem SGB XI. D. h., sofern kein Anspruch auf adäquate Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht (z. B. weil im Haushalt lebende Angehörige einen Teil der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen und insoweit der Ausschluss nach § 37 Abs. 3 SGB V greift) kommt die Zahlung eines anteiligen Pflegegeldes in Betracht. Für die Ermittlung des anteiligen Pflegegeldes nach § 38 SGB XI sind die von der ambulanten Pflegeeinrichtung abgerechnete Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 SGB V mit dem Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 SGB XI ins Verhältnis zu setzen.

Beispiel 4

Verhältnis von Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 03.03. bis 14.05.2017

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 besteht ab dem 03.03.2017

Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V) wird vom 14.05. bis 05.06.2017 erbracht. Für den Zeitraum vom 14.05. bis 31.05.2017 sind für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung insgesamt Kosten in Höhe von 520,00 EUR angefallen und von der Krankenkasse übernommen worden.

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat Mai 2017

in Anspruch genommene Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	= 520,00 EUR
Sachleistungsanteil (520,00 EUR von 1.298,00 EUR)	= 40,06 v. H.
Geldleistungsanteil	= 59,94 v. H.

Ergebnis:

Für die Zeit vom 14.05.2017 bis 31.05.2017 besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen Pflegegeldes in Höhe von 196,00 EUR (59,94 v. H. von 545,00 EUR = 326,67 EUR x 18 : 30).

Wird mit dem für den Kalendermonat tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungsbetrag der Höchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI ausgeschöpft, so kann eine anteilige

Geldleistung für diesen Monat nicht gezahlt werden (zum Höchstbetrag der Pflegesachleistung vgl. Ziffer 5 zu § 36 SGB XI).

Beispiel 5

Pflegegrad 4 Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

vollstationäre Krankenhausbehandlung vom 15.03. bis 31.03.2017
Sachleistung März 2017
= 1.612,00 EUR

Sachleistungsanteil (1.612,00 von 1.612,00 EUR)= 100 v. H.

Ergebnis:

Da der Höchstbetrag der Pflegesachleistung zu 100 v. H. ausgeschöpft wird, kann keine anteilige Geldleistung gezahlt werden.

(4) Die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen nach § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI (vgl. Ziffer 2.1 zu § 34 SGB XI), soweit eine Pflegezulage nach § 35 BVG von der Versorgungsverwaltung bzw. Pflegegeld nach § 44 Abs. 2 SGB VII von der Unfallversicherung gewährt wird, und zwar in der Höhe dieser Leistung. Nimmt der Pflegebedürftige z. B. die Kombinationsleistung bei gleichzeitigem Bezug einer Pflegezulage nach § 35 BVG in Anspruch, ist zunächst der Anteil nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungsbetrag zu berechnen. Liegt das so berechnete anteilige Pflegegeld der Höhe nach unter dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG kann kein Pflegegeld ausgezahlt werden. Sofern das anteilige Pflegegeld der Höhe nach über dem anzurechnenden Betrag der Pflegezulage nach § 35 BVG liegt, ist die Differenz auszuzahlen.

Es werden die Leistungsbeträge der Pflegezulage Stand 01.07.2016 berücksichtigt, da zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Gemeinsamen Rundschreibens die Höhe der Pflegezulage 01.07.2017 nicht bekannt ist.

Beispiel 6

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im Mai 2017. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 300,00 EUR in Anspruch genommen. Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe III (Stand: 01.07.2016) in Höhe von 741,00 EUR.

Sachleistungsanteil (300,00 EUR von 689,00 EUR) = 43,54 v. H.
Geldleistungsanteil = 56,46 v. H.

Ergebnis:

Da der an sich zustehende Geldleistungsanteil in Höhe von 178,41 EUR (56,46 v. H. von 316,00 EUR) geringer ist als die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 741,00 EUR, verbleibt kein auszuzahlender Restbetrag.

Beispiel 7

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 – Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI im April 2017. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 250,00 EUR in Anspruch genommen. Pflegezulage nach § 35 BVG nach der Stufe II (Stand: 01.07.2016) in Höhe von 521,00 EUR.

Sachleistungsanteil (250,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 15,51 v. H.
Geldleistungsanteil	= 84,49 v. H.

Ergebnis:

Von dem Geldleistungsanteil in Höhe von 615,09 EUR (84,49 v. H. von 728,00 EUR) ist die anzurechnende Pflegezulage nach § 35 BVG in Höhe von 521,00 EUR in Abzug zu bringen. Somit ist eine anteilige Geldleistung in Höhe von 94,09 EUR zu zahlen.

Übersteigt der Anteil der Sachleistung die Differenz zwischen dem Höchstbetrag der Sachleistung und der Pflegezulage nach § 35 BVG bzw. des Pflegegeldes nach § 44 Abs. 2 SGB VII, ist die Sachleistung auf diese Differenz zu begrenzen. Eine anteilige Zahlung des Pflegegeldes kommt nicht mehr in Betracht.

(5) Bei der Kombinationsleistung wird der Anteil der Geldleistung bis zum Ende des Sterbemonats gezahlt (vgl. Ziffer 2.3 zu § 37 SGB XI).

Für Pflegebedürftige, die eine feste Quote für die Kombinationsleistung gewählt haben, gilt diese Quote auch weiterhin für den Sterbemonat, so dass der Anteil der Geldleistung bis zum Ende des Sterbemonats gezahlt wird.

Hat sich der Pflegebedürftige jedoch nicht auf eine feste Quote für die Kombinationsleistung festgelegt, so ist bei der Ermittlung der anteiligen Geldleistung der tatsächlich in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Höchstbetrag der Sachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung im Sterbemonat maßgebend.

Beispiel 8

Pflegegrad 2	Verhältnis Sachleistung/Geldleistung soll nachträglich festgestellt werden

Tod des Pflegebedürftigen am 18.03.2017

Sachleistung März 2017	= 320,00 EUR

Berechnung Anteil der Geldleistung für den Monat März 2017

Sachleistungsanteil (320,00 EUR von 689,00 EUR)	= 46,44 v. H.
Geldleistungsanteil	= 53,56 v. H.

Ergebnis:

Für den Sterbemonat ist die anteilige Geldleistung in Höhe von 169,24 EUR (53,56 v. H. von 316,00 EUR) zu zahlen.

Sind im Sterbemonat keine Sachleistungen in Anspruch genommen worden, so besteht ein Anspruch auf Pflegegeld.

4. Verwendung von maximal 40 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag

Schöpft der Pflegebedürftige den ihm nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Pflegesachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI in dem jeweiligen Kalendermonat nicht voll aus, kann er den nicht für ambulante Pflegesachleistung verwendeten Betrag für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a Abs. 4 SGB XI) verwenden. Dabei darf der für die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Betrag maximal 40 v. H. der in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbeträge des jeweiligen Pflegegrades betragen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI gilt der für die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung und bildet damit die Grundlage zur Berechnung des anteiligen Pflegegeldes. Weitere Erläuterungen sind Ziffer 2 zu § 45a SGB XI zu entnehmen.

5. Fortzahlung des hälftigen anteiligen Pflegegeldes bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege

(1) In Fällen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird die Hälfte des bisher bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht bzw. für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt. (§ 38 Satz 4 SGB XI).

Die Weiterzahlung setzt voraus, dass vor der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld bestand. Für die Höhe des Pflegegeldes ist der Pflegegrad im Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege maßgeblich. Für die Berechnung wird der Monat zugrunde gelegt, in dem die Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege auf den ersten Tag eines Monats fällt. In diesem Fall wird auf den Anteil der Geldleistung des Vormonats abgestellt. Von dem anteiligen Pflegegeld, welches nach den unter Ziffer 3 erläuterten Grundsätzen berechnet wird, wird während der Leistungsgewährung der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI für bis zu acht Wochen oder während der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für bis zu sechs Wochen 50 v. H. weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege erfolgt jedoch keine Kürzung des Pflegegeldes. Für diese Tage wird das volle Pflegegeld gewährt. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt die 6- bzw. 8-Wochen-Frist (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Beispiel 1

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2. Vom 01.03. bis 15.03.2017 befand sich der Pflegebedürftige in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Inanspruchnahme der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI vom 15.03. bis 21.03.2017. Es wird eine Pflegesachleistung in Höhe von 230,00 EUR in Anspruch genommen. Ab dem 22.03. bis 31.03.2017 hält sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil (230,00 EUR von 689,00 EUR)	= 33,38 v. H.
Geldleistungsanteil	= 66,62 v. H

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes vom 01.03.2017 bis 22.03.2017 und 31.03.2017 für insgesamt 23 Tage in Höhe von 161,40 EUR (66,62 v. H. von 316,00 EUR = 210,52 EUR x 23 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 8 Tage in Höhe von insgesamt 28,07 EUR (50 v. H. von 316,00 EUR = 158,00 EUR x 66,62 v. H. = 105,26 EUR x 8 : 30) gezahlt.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 bis 28.02.2017, ab 01.03.2017 Höherstufung in Pflegegrad 4. Vom 01.03. bis 15.03.2017 hält sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege auf.

Sachleistungsanteil für den Monat Februar 2017 (760,00 EUR von 1.298,00 EUR)	= 58,55 v. H.
Geldleistungsanteil	= 41,45 v. H.
Sachleistungsanteil für den Monat März 2017 (850,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 52,73 v. H.
Geldleistungsanteil	= 47,27 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes für den 01.03.2017 in Höhe von 10,06 EUR (41,45 v. H. von 728,00 EUR = 301,76 EUR x 1 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für insgesamt 13 Tage in Höhe von insgesamt 65,38 EUR (50 v. H. von 728,00 EUR = 364,00 EUR x 41,45 v. H. = 150,88 EUR x 13 : 30) gezahlt. Für den Zeitraum vom 15.03.2017 bis 31.03.2017 besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes in Höhe von 195,01 EUR (47,27 v. H. von 728,00 EUR = 344,13 EUR x 17 : 30).

Beispiel 3

Tages- und Nachtpflege und Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 im Juni 2017. Der Pflegebedürftige befand sich vom 25.06. bis 30.06.2017 in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege.

Sachleistungsanteil (285,00 EUR v. 689,00 EUR)	= 41,36 v. H.
Geldleistungsanteil	= 58,64 v. H.
in Anspruch genommene Tages- und Nachtpflege	572,00 EUR

Ergebnis:

Berechnung der Pflegegeldansprüche:	
vom 01.06. bis 25.06.2017 und 30.06.2017	
anteiliges volles Pflegegeld	160,59 EUR
vom 26.06. bis 29.06.2017	
anteiliges hälftiges Pflegegeld	12,35 EUR

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden nicht auf die Kombinationsleistung angerechnet. Der Anspruch auf Pflegesachleistungen nach § 36 Abs. 3 SGB XI besteht in voller Höhe auch für einen Teilmonat und wird für den Monat Juni 2017 zu 41,36 v. H. (285,00 EUR von 689,00 EUR) in Anspruch genommen. Es kann somit ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 58,64 v. H. des nach § 37 Abs. 1 SGB XI maßgebenden Betrages gezahlt werden. Da während eines Aufenthaltes in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege das hälftige Pflegegeld weiter gezahlt wird, besteht für den Monat Juni 2017 ein Anspruch auf das anteilig ungekürzte Pflegegeld vom 01.06.2017 bis 25.06.2017 und 30.06.2017 für insgesamt 26 Tage in Höhe von 160,59 EUR (58,64 v. H. von 316,00 EUR = 185,30 EUR x 26 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für den Monat Juni 2017 für 4 Tage in Höhe von insgesamt 12,35 EUR (50 v. H. von 316,00 EUR = 158,00 EUR x 58,64 v. H. = 92,65 EUR x 4 : 30) gezahlt.

(2) Bei einem Wechsel von der vollstationären Krankenhausbehandlung in die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege und umgekehrt, bei Verhinderungspflege durch Verwandte zweiten Grades oder bei vorangegangener Kürzung des Pflegegeldes vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI.

6. Leistungshöhe im Rahmen der Überleitung

(1) Werden Pflegebedürftige zum 01.01.2017 formal von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet, ist für die Höhe der jeweiligen Leistungsbeträge nach §§ 36 und 37 SGB XI der zu diesem Zeitpunkt festgestellte Pflegegrad maßgebend.

Beispiel 1:

Teil 1

Pflegestufe 2 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	bis 31.12.2016
Pflegegrad 4	ab 01.01.2017
vollstationäre Krankenhausbehandlung	vom 20.12.2016 bis 10.01.2017

Sachleistungsanteil für den Monat Dezember 2016	
(649,00 EUR von 1.298,EUR)	= 50 v. H.
Geldleistungsanteil	= 50 v. H.
Sachleistungsanteil für den Monat Januar 2017	
(649,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 40,26 v. H.
Geldleistungsanteil	= 59,74 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes für den Monat Dezember 2016 in Höhe von 272,50 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR) und für den Monat Januar 2017 in Höhe von 434,91 EUR (59,74 v. H. von 728,00 EUR).

Teil 2

Am 03.01.2017 beantragt der Pflegebedürftige die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MDK stellt am 11.01.2017 das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 ab 01.12.2016 fest. Für den Monat Dezember 2016 wurde ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 272,50 EUR gezahlt.

Sachleistungsanteil für den Monat Dezember 2016	
(649,00 EUR von 1.995,00 EUR)	= 32,53 v. H.
Geldleistungsanteil	= 67,47 v. H.
Sachleistungsanteil für den Monat Januar 2017	
(649,00 EUR von 1.995,00 EUR)	= 32,53 v. H.
Geldleistungsanteil	= 67,47 v. H.

Ergebnis:

Es besteht ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes für die Monate Dezember 2016 und Januar 2017 in Höhe von jeweils 607,90 EUR (67,47 v. H. von 901,00 EUR). Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeld zu verrechnen.

(2) Bei Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei der Inanspruchnahme der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege über den 31.12.2016 hinaus sind die ab 01.01.2017 geltenden Leistungsbeträge des jeweiligen Pflegegrades zu Grunde zu legen. Der bei Beginn der Kurzzeitpflege in 2016 ermittelte prozentuale Sachleistungsanteil ist für die Berechnung des hälftigen Pflegegeldes dieser Kurzzeitpflege auch in 2017 maßgeblich.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe 2 befindet sich vom 15.12.2016 bis 10.01.2017 in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Zum 01.01.2017 wird er in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Sachleistungsanteil für den Monat Dezember 2016	
(669,81 EUR von 1.144,00 EUR)	= 58,55 v. H.
Geldleistungsanteil	= 41,45 v. H.
Sachleistungsanteil für den Monat Januar 2017	
(684,44 EUR von 1.298,00 EUR)	= 52,73 v. H.
Geldleistungsanteil	= 47,27 v. H.

Ergebnis:

Es besteht vom 01.12.2016 bis 15.12.2016 ein Anspruch auf Zahlung eines anteiligen ungekürzten Pflegegeldes in Höhe von 94,92 EUR (41,45 v. H. von 458,00 EUR = 189,84 EUR x 15 : 30). Während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Kurzzeitpflege wird ein hälftiges Pflegegeld für den Zeitraum vom 16.12.2016 bis 31.12.2016 in Höhe von 50,62 EUR (50 v. H. von 458,00 EUR = 229,00 EUR x 41,45 v. H. = 94,92 EUR x 16 : 30) gezahlt. Für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 09.01.2017 besteht ein Anspruch auf Zahlung eines hälftigen Pflegegeldes in Höhe von 33,89 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 41,45 v. H. = 112,95 EUR x 9 : 30). Vom 10.01.2017 bis 31.01.2017 wird ein anteiliges ungekürztes Pflegegeld in Höhe von 188,92 EUR (545,00 EUR x 47,27 v. H. = 257,62 x 22 : 30) gezahlt.

§ 38a SGB XI
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1. *sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,*
2. *sie Leistungen nach §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,*
3. *eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und*
4. *keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.*

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

1. *eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen von Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,*
2. *die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,*
3. *den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,*
4. *Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und*
5. *die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.*

1. Allgemeines

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in ambulant betreuten Wohngruppen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214,00 EUR monatlich, wenn sie ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI oder den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Der Wohngruppenzuschlag wird zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation

und Sicherstellung des gemeinschaftlichen Wohnens in der Wohngruppe gewährt. Mit ihm sollen die zusätzlichen Aufwendungen der Wohngruppe für die nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI gemeinschaftlich beauftragte Person finanziert werden, die allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet. Er dient nicht dazu, die Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36 bis 38 SGB XI für die Pflege von Pflegediensten und Angehörigen aufzustocken, vielmehr wurde mit § 38a SGB XI ein eigenständiger Anspruch eingeführt, der nur bei Vorliegen zusätzlicher Strukturen gegeben ist. Somit kann ein Pflegedienst bei der Abrechnung von Pflegesachleistungen in Form der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung, die er für einzelne pflegebedürftige Mitglieder der Wohngruppe erbringt, nicht ohne weiteres ebenfalls den Wohngruppenzuschlag mit in Ansatz bringen. Von daher müssen in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI) zusätzliche strukturelle Merkmale im Vergleich zur (normalen) häuslichen Pflege, die beispielsweise ein ambulanter Pflegedienst erbringt, vorhanden sein. Neben den Leistungen nach §§ 36 bis 38 SGB XI sowie §§ 45a und 45b SGB XI stellt die von der Wohngruppe beauftragte Person nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI somit ein zusätzliches Element der Versorgung dar.

2. Leistungsvoraussetzungen

2.1 Gemeinsame Wohnung

Die Zahlung des pauschalen Wohngruppenzuschlags setzt voraus, dass mindestens drei und höchstens zwölf Bewohner, von denen mindestens drei Bewohner pflegebedürftig i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI (Pflegegrad 1 bis 5) sind, in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben.

Von einer gemeinsamen Wohnung kann ausgegangen werden, wenn der Sanitärbereich, die Küche und, wenn vorhanden, der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden. Die Wohnung muss von einem eigenen, abschließbaren Zugang vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich sein.

Es handelt sich nicht um eine gemeinsame Wohnung, wenn die Bewohner jeweils in einem Apartment einer Wohnanlage oder eines Wohnhauses leben. Ferner kann ein Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung sein, wenn die Privaträume der Bewohner über vollausgestattete Sanitärbereiche verfügen. Hinweise können sich z. B. aus dem abgeschlossenen Mietvertrag, der Teilungserklärung (notarielle Differenzierung zwischen Sondereigentum und Gemeinschaftseigentum) oder dem Wohnungsgrundriss ergeben.

2.2 Gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen (Wohngruppe)

Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag besteht, wenn nachweislich mindestens drei Pflegebedürftige regelmäßig in einer ambulant betreuten Wohngruppe zusammenleben. Zum Nachweis des Vorliegens der Pflegebedürftigkeit der anderen Bewohner hat der Antragsteller eine formlose Bestätigung zu erbringen. Für die Feststellung der Zugehörigkeit zu einer Wohngruppe ist eine vorübergehende Abwesenheit von Wohngruppenmitgliedern, z. B. wegen Krankenhausaufenthalt, der Teilnahme an medizinischen Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen, unerheblich.

Eine Wohngruppe liegt auch dann vor, wenn mehr als drei Pflegebedürftige in der gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung

zusammenleben. Die Obergrenze von höchstens zwölf Bewohnern darf jedoch nicht überschritten werden. Insofern sind die in den jeweiligen Heimgesetzen der Länder festgelegten Obergrenzen für das Vorliegen einer ambulant betreuten Wohngruppe i. S. d. § 38a SGB XI unerheblich.

Über die drei Pflegebedürftigen hinaus können sich der Wohngruppe auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig im Sinne von §§ 14, 15 SGB XI sind. Diese haben jedoch keinen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag. Bei der Ermittlung der Wohngruppengröße sind diese Bewohner allerdings zu berücksichtigen.

Das Zusammenleben innerhalb eines Familienverbundes (z. B. Eltern mit Kindern, Pflegschaftsverhältnisse) verfolgt nicht den Zweck der gemeinschaftlichen pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung. Insbesondere auch deshalb, weil nach Intention des Gesetzes die selbstorganisierte Versorgung innerhalb einer Wohngruppe gefördert werden soll. Von daher kommt in diesen Fällen eine Zahlung des Wohngruppenzuschlages nicht in Betracht.

Die Zugehörigkeit zur Wohngruppe endet durch Auszug oder durch den Tod eines Bewohners der Wohngruppe. Wird durch das dauerhafte Ausscheiden eines Wohngruppenbewohners die Mindestanzahl von drei Pflegebedürftigen unterschritten, liegen die Voraussetzungen für die Zahlung des Wohngruppenzuschlags für die verbleibenden pflegebedürftigen Bewohner nicht mehr vor. Der Pflegebedürftige hat seine Pflegekasse über die Änderung unverzüglich zu informieren.

2.3 Bezug von Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder 45b SGB XI

Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen ambulante Sachleistungen nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI beziehen oder Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI oder den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen. Dem steht nicht entgegen, wenn für pflegebedürftige Bewohner die Leistungen nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI ruhen (vgl. Ziffer 2 zu § 34 SGB XI).

Die Inanspruchnahme von Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI schließt eine ambulante Betreuung aus.

2.4 Vorhandensein einer gemeinschaftlich beauftragten Person

Zweck einer ambulant betreuten Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Dazu ist es erforderlich, dass die Bewohner der Wohngruppe eine Person zur Aufgabenerbringung gemeinschaftlich beauftragt haben, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Bewohnern der Wohngruppe tätig ist. Diese allgemein organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten oder hauswirtschaftlichen Unterstützungen müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhalte des § 36 SGB XI) hinaus erbracht werden. Für die Erbringung von hauswirtschaftlicher Unterstützung ist die Einbeziehung des Pflegebedürftigen erforderlich. Eine solche Unterstützung liegt z. B. beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Keine hauswirtschaftliche Unterstützung liegt jedoch vor, wenn die beauftragte Person die hauswirtschaftliche Tätigkeit selbst vollständig übernimmt, ohne dabei die Bewohner der Wohngruppe einzubeziehen.

Unterstützung ist vielmehr die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zur Selbstvornahme.

Eine Anwesenheit der beauftragten Person rund um die Uhr ist nicht erforderlich. Eine bloße Rufbereitschaft ist jedoch nicht ausreichend. Bei der beauftragten Person muss es sich nicht um eine ausgebildete Pflegefachkraft (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) handeln. Die beauftragte Person kann - muss aber nicht - bei einem der Pflegedienste beschäftigt sein, der die pflegerische Versorgung für ein oder mehrere Bewohner in der Wohngruppe erbringt.

Ein konkreter Nachweis über die entstandenen Kosten für die beauftragte Person muss nicht erbracht werden. Jedoch kann die Pflegekasse Unterlagen anfordern, aus denen die vereinbarten Aufgaben der von der Wohngruppe beauftragten Person hervorgehen sowie deren Vor- und Nachname, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift.

2.5 Vorliegen einer ambulanten Versorgungsform

Maßgebliches Abgrenzungskriterium für den Wohngruppenzuschlag ist, dass die Leistungserbringung nicht weitgehend den Umfang einer stationären Versorgung erreicht. Ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht daher nicht, wenn der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen und den Bewohnern damit eine Vollversorgung angeboten wird. Eine solche Vollversorgung liegt vor, wenn z. B. im Mietvertrag bzw. Pflegevertrag die vollständige Übernahme sämtlicher körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung des Bewohners in den Alltag möglich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Vollversorgung angeboten, aber von den Bewohnern nur teilweise in Anspruch genommen wird. Die Bewohner sind vor ihrem Einzug von dem Anbieter der ambulanten Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass der Leistungsumfang der stationären Versorgung weder von ihm noch von einem Dritten erbracht wird. Vielmehr soll die über die ambulanten Leistungen hinausgehende Versorgung der Bewohner durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden. Lässt sich aus der Konstruktion der ambulanten Wohngruppe, aus dem Pflegevertrag oder dem Mietvertrag nicht erkennen, dass die Einbringung der Bewohner selbst oder deren soziales Umfeld in die Leistungserbringung und den Alltag vorgesehen ist, besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Dabei ist entscheidend, dass die Möglichkeit der Einbringung und des Engagements der Bewohner und des sozialen Umfeldes besteht, nicht aber, dass die Bewohner und deren soziales Umfeld tatsächlich davon Gebrauch machen. Die Leistungserbringung durch die Bewohner selbst und deren sozialen Umfeldes kann z. B. die Sicherstellung der Arztbesuche, die Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, die Entscheidung über neue Bewohner oder der Einkauf von Lebensmitteln darstellen.

2.6. Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Wohngruppenzuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Dazu muss der MDK im Einzelfall prüfen, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege erforderlich ist, damit der Pflegebedürftige alle von ihm individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält. Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die beauftragte Person sowie den

ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarfe anderer Mitglieder der Wohngruppe (z. B. Störungen des Tag- und Nachtrhythmuses) zu berücksichtigen. Für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht neben dem Wohngruppenzuschlag ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 1 SGB XI. In diesen Fällen können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin in Anspruch genommenen werden, ohne dass durch den MDK nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2 zu § 141 SGB XI).

3. Erhebung von Informationen und Anforderung von Unterlagen

Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen sind die Pflegekassen berechtigt, bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen bzw. Informationen anzufordern:

- eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen des § 38a Abs. 1 Nr. 1 SGB XI erfüllt sind,
- die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
- den Mietvertrag einschließlich des Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120 SGB XI,
- Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift der Person nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI sowie
- die vereinbarten Aufgaben der beauftragten Person, ggf. durch Vorlage einer entsprechenden Vereinbarung mit der Auftraggebergemeinschaft.

4. Leistungshöhe und Zahlungsweise

Die Höhe des Wohngruppenzuschlags beträgt pauschal 214,00 EUR monatlich und ist zweckgebunden. Der Anspruch besteht ab dem Monat der Antragstellung für jeden Teilmonat ungekürzt (z. B. bei Einzug, Auszug, Tod, Krankenhausaufenthalt). Die Auszahlung erfolgt wie beim Pflegegeld monatlich im Voraus an den Pflegebedürftigen selbst.

5. Besitzstandsregelung nach § 144 Abs. 1 SGB XI

Zum 01.01.2015 haben sich die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Wohngruppenzuschlages geändert. Unabhängig davon ist für Pflegebedürftige, die am 31.12.2014 einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag hatten, die Leistung weiter zu erbringen (§ 144 Abs. 1 SGB XI), wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat. Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner leben.

Eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen liegt insbesondere vor, wenn

- weniger als drei Anspruchsberechtigte in der Wohngruppe leben,
- keine Präsenzkraft mehr vorhanden ist,
- Umwidmung in Apartments, betreutes Wohnen oder in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erfolgt,

- bei dem Versicherten keine Pflegebedürftigkeit sowie keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mehr vorliegt.

Sofern seit dem 01.01.2015 ein weiterer Bewohner in die Wohngruppe einzieht und hierdurch die Höchstzahl (zwölf Bewohner) überschritten wird, kann trotz Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen der Zuschlag für diesen Bewohner nicht gezahlt werden.

§ 39 SGB XI
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird, als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(3) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

1. Allgemeines

(1) Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat ein Pflegebedürftiger ab dem Pflegegrad 2 für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) je Kalenderjahr Anspruch auf Verhinderungspflege.

An der Pflege gehinderte Pflegepersonen sind Angehörige, der Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in der Häuslichkeit pflegen (i. S. des § 19 SGB XI). Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat sowie Betreiber und Pflegekräfte ambulant betreuter Wohngruppen, sind keine an der Pflege gehinderte Pflegepersonen i. S. des § 39 SGB XI.

Für die Verhinderungspflege kann die Pflegekasse im Einzelfall bis zu 1.612,00 EUR **im Kalenderjahr** übernehmen; die Zahlung bezieht sich dabei auf das Kalenderjahr und nicht auf die Pflegeperson(en). Ergänzend kann der Leistungsbetrag um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.418,00 EUR im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7). Wird die Ver-

hinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, gilt dies nur insoweit, als im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen nachgewiesen werden (vgl. § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI). Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf die Höhe des 1,5-fachen in dem jeweiligen Pflegegrad festgelegten Pflegegeldbetrages nach § 37 Abs. 1 SGB XI für bis zu sechs Wochen (42 Tage) beschränkt.

Insgesamt ist der Anspruch auf Verhinderungspflege in zweifacher Hinsicht – von der Dauer her und auf einen Höchstbetrag – begrenzt. Für die Leistungsgewährung der Verhinderungspflege hat der Pflegebedürftige die entstandenen Kosten nachzuweisen (z. B. über Quittung, Rechnung, Kontoauszug).

Sofern die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI hinsichtlich der Dauer ausgeschöpft sind, kann ein eventuell noch verbleibender Leistungsbetrag bis maximal 806,00 EUR ebenfalls für die Verhinderungspflege verwendet werden.

Im Rahmen der Verhinderungspflege ist zwischen einer nicht erwerbsmäßigen und einer erwerbsmäßigen Verhinderungspflege zu unterscheiden. So kann die Verhinderungspflege zum einen durch eine private, nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z. B. Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte) und zum anderen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI (z. B. ambulante Pflegedienste, Familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Verhinderungspflege durchführen (z. B. Dorfhelfer-/innen, Betriebshilfsdienste), erbracht werden.

Bei Empfängern von Pflegegeld besteht neben dem Anspruch auf Verhinderungspflege zusätzlich ein Anspruch auf Fortzahlung des Pflegegeldes in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr. Abweichend davon wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Bei stundenweiser Leistungserbringung ist auch eine Inanspruchnahme von Verhinderungspflege möglich. Ist in diesen Fällen die Pflegeperson weniger als 8 Stunden am Tag verhindert, so erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612,00 EUR, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Ersatzpflegeperson (oder des Pflegedienstes, des familienentlastenden Dienstes etc.). Ist die Pflegeperson beispielsweise an 8 Stunden verhindert und wird die Verhinderungspflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen.

Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden besteht wie bisher ein Anspruch auf das volle Pflegegeld. Erfolgt eine stundenweise Leistungserbringung durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person, sollte eine entsprechende Beratung durch die Pflegekasse erfolgen. In der Regel ist für diesen Personenkreis der Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 2 Satz 1 SGB XI auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt (vgl. auch Ziffer 2.2), da in diesen Fällen nicht von einer erwerbsmäßigen Pflege auszugehen ist. Da es bei einer stundenweisen Verhinderung zu keiner Kürzung des Pflegegeldes kommt, kann es für den Pflegebedürftigen günstiger sein, keine Verhinderungspflege zu beantragen, da der Anspruch auf Verhinderungspflege sowieso auf die Höhe des Pflegegeldes begrenzt ist und bei einem Verzicht auf Beantragung der Verhinderungspflege der Ge-

samtanspruch in Höhe von 1.612,00 EUR durch die stundenweise Verhinderung der Pflegeperson nicht geschmälert wird.

Beispiel 1

Die Pflegeperson eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 ist vom 04.04. bis 09.04.2017 (6 Kalendertage) in der Zeit von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr (9 Stunden) verhindert. Die Verhinderungspflege wird von der nicht mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter in der Zeit von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr (7 Stunden) erbracht. Es werden Kosten in Höhe von 120,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 2
474,00 EUR x 6 Kalendertage : 42 = 67,71 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 04.04. und 09.04.2017
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30) = 21,07 EUR
vom 05.04. bis 08.04.2017
hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 4 : 30) = 21,07 EUR

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, sind die Kosten auf die Höhe des Pflegegeldes in Höhe von 67,71 EUR zu begrenzen.

Im Kalenderjahr 2017 besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 1.544,29 EUR (1.612,00 EUR – 67,71 EUR). Da die Pflegeperson täglich 9 Stunden verhindert ist, erfolgt ebenfalls eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen, so dass noch ein Restanspruch auf 36 Kalendertage besteht.

Aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson von mehr als 8 Stunden wird für vier Tage (05.04.2017 bis 08.04.2017) das Pflegegeld in Höhe der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Die Pflegeperson eines Pflegebedürftigen des Pflegerades 3 ist erstmalig vom 09.06. bis 10.06.2017 (2 Kalendertage) in der Zeit von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr (8 Stunden) verhindert. Vom 16.06. bis 20.06.2017 (5 Kalendertage) ist die Pflegeperson erneut verhindert. Dieses Mal in der Zeit von 09.00 Uhr bis 15.00 Uhr (6 Stunden). Die Verhinderungspflege wird von der nicht mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter jeweils in der Zeit von 10.00 Uhr bis 15.00 Uhr erbracht. Es werden Kosten in Höhe von 136,25 EUR nachgewiesen.

Verhinderungszeitraum vom 09.06. bis 10.06.2017

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 3
817,50 EUR x 2 Kalendertage : 42 = 38,93 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 09.06. bis 10.06.2017
volles Pflegegeld (545,00 EUR x 2 : 30) = 36,33 EUR

Verhinderungszeitraum vom 16.06. bis 20.06.2017

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 3
817,50 EUR x 5 Kalendertage: 42 = 97,32 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruches:
vom 16.06. bis 20.06.2017
volles Pflegegeld (545,00 EUR x 5 : 30) = 90,83 EUR

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, können die nachgewiesenen Kosten in Höhe von 136,25 EUR (38,93 EUR +97,32 EUR) erstattet werden. Im Kalenderjahr 2017 besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 1.475,75 EUR (1.612,00 EUR – 38,93 EUR – 97,32 EUR). Da die Pflegeperson in dem Verhinderungszeitraum vom 09.06.2017 bis 10.06.2017 täglich an 8 Stunden verhindert ist, erfolgt eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen, so dass noch ein Restanspruch auf 40 Kalendertage besteht. Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege in voller Höhe gezahlt (Verhinderungszeitraum 09.06.2017 bis 10.06.2017).

Eine Anrechnung der Verhinderungstage vom 16.06.2017 bis 20.06.2017 auf die Höchstanspruchsdauer erfolgt nicht, da die Pflegeperson täglich nur 6 Stunden verhindert ist. Aus diesem Grund wird das Pflegegeld in voller Höhe weitergezahlt.

Sofern der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr der Dauer, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft wurde, kann der nicht verbrauchte Leistungsbetrag der Verhinderungspflege für die stundenweise Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden täglich in Anspruch genommen werden.

Die Kosten der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag von 1.612,00 EUR ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI erstattet werden. Dies kann im Einzelfall – bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 – dazu führen, dass in einem Monat bis zu 3.607,00 EUR von der Pflegekasse übernommen werden. Somit ist die üblicherweise anfallende Sachleistung auch im Falle der Verhinderung der Pflegeperson weiterhin als Sachleistung nach § 36 SGB XI abzurechnen.

(2) Auf die Dauer des Leistungsanspruchs nach § 39 SGB XI wird die Zeit einer Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht angerechnet.

Beispiel 3

Urlaub der Pflegeperson vom 01.03. bis 11.04.2017 (42 Kalendertage) = Kostenübernahme für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Erkrankung der Pflegeperson vom 01.05. bis 28.05.2017 (28 Kalendertage) = Gewährung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

(3) Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein

- am 31.12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender,

- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 39 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 01.01. des Folgejahres für sechs Wochen weiter besteht oder wiederauflebt. Bezüglich der Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI.

2. Anspruchsvoraussetzungen

(1) Voraussetzung für die Leistung nach § 39 SGB XI ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege der Pflegebedürftige mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet ist. Der Pflegegrad 2 muss nicht bereits während der sechsmonatigen Vorpflegezeit vorgelegen haben. Es ist nicht erforderlich, dass dieselbe Pflegeperson den Pflegebedürftigen sechs Monate gepflegt haben muss. Die Gesetzesmaterialien geben hierzu keine Hinweise. Diese Regelung wird dahingehend ausgelegt, dass die Wartezeit von sechs Monaten auch erfüllt ist, wenn sich mehrere Personen die Pflege zeitlich geteilt haben. Die Pflege muss nicht ununterbrochen ausgeführt worden sein. Unterbrechungstatbestände, die den Voraussetzungen des § 39 SGB XI entsprechen und nicht länger als vier Wochen dauern, sind für die Erfüllung der Wartezeit unschädlich. Hat die Unterbrechung länger als vier Wochen gedauert, so verlängert sich die Frist um den Zeitraum der Hemmung. Nicht erforderlich ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum sechs Monate gepflegt haben muss.

(2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.

2.1 Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen

Da die Ruhensvorschrift nach § 34 Abs. 2 Satz 1 SGB XI hier ausdrücklich nicht gilt, ist die Erbringung dieser Leistung nicht auf die Verhinderungspflege im Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Es gilt vielmehr ein erweiterter Häuslichkeitsbegriff. Die Verhinderungspflege kann daher insbesondere in

- einem Wohnheim für behinderte Menschen,

- einem Internat,

- einer Krankenwohnung,

- einem Kindergarten,

- einer Schule,

- einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,

- einem Krankenhaus oder

- einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI)

durchgeführt werden. Dient der Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen allein der vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, besteht für diesen Zeitraum kein Anspruch auf Verhinderungspflege. Bei der Kostenübernahme für die zuvor genannten oder vergleichbaren Einrichtungen ist jedoch darauf zu achten, dass nur die pflegebedingten Aufwendungen berücksichtigt werden können. Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen sowie die Behandlungspflege und Betreuung dürfen hier jedoch nicht übernommen werden. Falls in diesem Zusammenhang lediglich eine Gesamtsumme oder ein Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – in Rechnung gestellt wird, sollte ein Prozentsatz in Höhe von mindestens 20 v. H. von der Summe des Rechnungsbetrages für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und Betreuung in Abzug gebracht werden. Soweit mit Einrichtungen auf der Grundlage des 8. Kapitels des SGB XI Vergütungsverhandlungen geführt wurden, und damit auch der pflegebedingte Anteil am Pflegesatz feststeht, ist dieser entsprechend zu berücksichtigen. Soweit entsprechende Pflegesatzvereinbarungen bzw. Vergütungsregelungen von derartigen Einrichtungen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe getroffen worden sind, kann der pflegebedingte Anteil ebenfalls ermittelt und für die Leistungsgewährung herangezogen werden.

Beispiel

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 2 wird vom 11.04. bis 03.05.2017 (23 Kalendertage) in einer Rehabilitationseinrichtung erbracht.

Rechnungsbetrag der Rehabilitationseinrichtung für 23 Tage Verhinderungspflege	1.530,00 EUR
Abzug für Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten medizinische Behandlungspflege, soziale Betreuung in Höhe von 20 v. H. des Rechnungsbetrages	306,00 EUR
Erstattungsbetrag für Verhinderungspflege	1.224,00 EUR
Berechnung der Pflegegeldansprüche: für den 11.04. und 03.05.2017 volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2: 30)	= 21,07 EUR
vom 12.04. bis 02.05.2017 hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 21 : 30)	= 110,60 EUR

Im laufenden Kalenderjahr 2017 besteht noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 19 Kalendertage bzw. in Höhe von 388,00 EUR (1.612,00 EUR – 1.224,00 EUR).

Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt besteht auch ein Anspruch auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson nach § 39 SGB XI. Dies gilt unabhängig davon, ob die Ersatzpflegeperson aus Deutschland heraus mitreist oder sich vor Ort befindet (z. B. in Spanien lebende Großeltern) und ob sie mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Die Leistungen nach § 39 SGB XI können somit auch von professionellen Pflegekräften bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt erbracht werden (Urteil des BSG vom 20.04.2016, Az.: B 3 P 4/14 R). Diese Änderung gilt weltweit (vgl. Ziffer 1 zu § 34 SGB XI).

2.1.1 Verhinderungspflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§§ 36, 37SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 39 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Hat der Pflegebedürftige vor der Verhinderungspflege Pflegegeld bezogen, besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes von bis zu sechs Wochen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

2.2 Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

(1) Wird die Verhinderungspflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI beschränkt. Im Rahmen der Ermittlung der Kostenübernahme für die Verhinderungspflege sind folgende Beträge zugrunde zu legen:

- Pflegegrad 2: 474,00 EUR (316,00 EUR : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 3: 817,50 EUR (545,00 EUR : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 4: 1.092,00 EUR (728,00 EUR : 28 Tage x 42 Tage),
- Pflegegrad 5: 1.351,50 EUR (901,00 EUR : 28 Tage x 42 Tage).

Unabhängig von der Beschränkung der Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades, sind von dem Pflegebedürftigen die Kosten nachzuweisen (z. B. Quittung, Rechnung, Kontoauszug). Sind der Ersatzpflegeperson Aufwendungen für Fahrkosten oder Verdienstausfall entstanden, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zu 1.612,00 EUR erfolgen.

Eine Erhöhung des Leistungsbetrages um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI kann in Fällen der Übernahme nachgewiesener notwendiger Aufwendungen nach § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI erfolgen.

(2) Ist die Ersatzpflegeperson selbständig tätig, ist für den Nachweis des Verdienstausfalles der Einkommenssteuerbescheid vom Vorjahr vorzulegen. Als Berechnungsgrundlage ist hierbei das aus diesem Steuerbescheid ersichtliche Netto zugrunde zu legen.

(3) Bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges ist in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht (§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) pro gefahrenen Kilometer jeweils der nach dem Bundesreisekostengesetz (§ 5 Abs. 1 BRKG) festgesetzte Betrag für die Wegstreckenentschädigung (0,20 EUR) zu erstatten. Eine Begrenzung auf den Höchstbetrag von zurzeit 130,00 EUR bzw. 150,00 EUR erfolgt nicht.

(4) Verwandte (§ 1589 BGB) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Verschwägerte (§ 1590 BGB) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 wird von seiner nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 03.01. bis 13.02.2017 (42 Kalendertage) durchgeführt. Von der Tochter werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 800,00 EUR Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 90,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegerades 3 (817,50 EUR), begrenzt auf	= 800,00 EUR
plus Fahrkosten	= 90,00 EUR
Gesamt	**= 890,00 EUR**

Berechnung der Pflegegeldansprüche: für den 03.01. und 13.02.2017 volles Pflegegeld (545,00 EUR x 2 : 30)	= 36,33 EUR
vom 04.01. bis 12.02.2017 hälftiges Pflegegeld (272,50 EUR x 40 : 30)	= 363,33 EUR

Ergebnis:

Da es sich bei der Tochter um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, ist der Erstattungsbetrag auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes (817,50 EUR) begrenzt. Die nachgewiesenen Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen können in Höhe von 800,00 EUR zuzüglich Fahrkosten in Höhe von 90,00 EUR erstattet werden.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr 2017 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für den Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 03.01.2017 und 13.02.2017 wird volles Pflegegeld in Höhe von 36,33 EUR (545,00 EUR x 2 : 30) gezahlt. Für den Zeitraum vom 04.01.2017 bis 12.02.2017 besteht ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld in Höhe von 363,33 EUR (50 v. H. von 545,00 EUR = 272,50 EUR x 40 : 30).

Der nicht verwendete Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 722,00 EUR kann im laufenden Kalenderjahr für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden.

Beispiel 2

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20.04.2017 bis 10.05.2017 (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546,00 EUR, ein Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 EUR und Fahrkosten in Höhe von 84,00 EUR (20 km x 0,20 EUR = 4,00 EUR x 21 Tage) nachgewiesen. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 4	
1.092,00 EUR x 21 : 42	= 546,00 EUR
plus Fahrkosten	= 84,00 EUR
plus Verdienstausfall	= 1.445,00 EUR
Gesamt	**= 2.075,00 EUR**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:	
für den 20.04. und 10.05.2017	
volles Pflegegeld (728,00 EUR x 2 : 30)	= 48,53 EUR
vom 21.04. bis 09.05.2017	
hälftiges Pflegegeld (364,00 EUR x 19 : 30)	= 230,53 EUR

Ergebnis:

Der Höchstbetrag von 1.612,00 EUR wird überschritten. Jedoch kann der Höchstbetrag durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 806,00 EUR erhöht werden. Infolgedessen kann die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 546,00 EUR zuzüglich der Fahrkosten in Höhe von 84,00 EUR sowie den Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 EUR vollumfänglich erstatten. Für das Kalenderjahr 2017 besteht für Leistungen der Kurzzeitpflege ein Restanspruch in Höhe von bis zu 1.149,00 EUR. Im Fall einer erneuten Verhinderungspflege besteht ein Leistungsanspruch in Höhe von 343,00 EUR aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege für bis zu 21 Tage.

Beispiel 3

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 2wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Schwester vom 18.04. bis 28.04.2017 (11 Kalendertage) durchgeführt. Von der Schwester werden neben den pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 124,14 EUR Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 50,00 EUR nachgewiesen.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege	
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegerades 2	
474,00 EUR x 11 : 42	= 124,14 EUR
plus Fahrkosten	= 50,00 EUR
Erstattungsbetrag	**= 174,14 EUR**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:

für den 18.04. und 28.04.2017
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30) = 21,07 EUR
vom 19.04. bis 27.04.2017

hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 9 : 30) = 47,40 EUR

Da es sich bei der Schwester um eine Verwandte bis zum zweiten Grade handelt, können die nachgewiesenen pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 124,14 EUR zuzüglich Fahrkosten in Höhe von 50,00 EUR erstattet werden.

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2017 noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 31 Kalendertage bzw. in Höhe von 1.437,86 EUR (1.612,00 EUR – 174,14 EUR).

Teil 2

Darüber hinaus wird die Verhinderungspflege für diesen Pflegebedürftigen in einem Wohnheim für behinderte Menschen vom 01.05.2017 bis 31.05.2017 (31 Kalendertage) erbracht. An pflegebedingten Aufwendungen werden 1.956,10 EUR (täglich 63,10 EUR) nachgewiesen. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft.

Der Restanspruch auf Verhinderungspflege (1.437,86,00 EUR) wird bereits nach 23 Tagen ausgeschöpft (1.437,86 EUR : 63,10 EUR = 22,79 Tage, aufgerundet auf volle Tage). Für die Zeit vom 01.05.2017 bis 23.05.2017 können somit maximal 1.437,86 EUR erstattet werden.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.05. und 23.05.2017
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30) = 21,07 EUR
vom 02.05. bis 22.05.2017
hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 21 : 30) = 110,60 EUR

Für den letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 23.05.2016 und der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

2.3 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflege von mehr als sechs Wochen durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben

Eine Beschränkung der Kostenerstattung auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI bei Verhinderungspflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, erfolgt nicht, wenn im konkreten Einzelfall dargelegt wird, dass die Durchführung der Verhinderungspflege der Erzielung von Erwerbseinkommen dient. In diesem Fall besteht Anspruch auf den Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI. Darüber hinaus kann dieser Betrag um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.418,00 EUR im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7).

Nach den Gesetzesmaterialien kann eine Erwerbsmäßigkeit insbesondere dann angenommen werden, wenn die Verhinderungspflege länger als sechs Wochen (42 Tagen) dauert.

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 5 wird von dessen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Lebensgefährtin vom 01.03. bis 14.04.2016 (45 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 1.575,00 EUR (täglich 35,00 EUR) gezahlt.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als sechs Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den Betrag des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 5 (1.351,50 EUR) nicht in Betracht.

Kostenerstattung für die Verhinderungspflege in Höhe von 1.470,00 EUR (35,00 EUR x 42 Kalendertage). Der Pflegebedürftige hat darüber hinaus einen Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes vom 02.03. bis 10.04.2017. Für den 01.03.2017 wird volles Pflegegeld gezahlt.

Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 11.04.2017 und der ab diesem Zeitpunkt weiterhin sichergestellten Pflege besteht Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI entsprechend des festgestellten Pflegegrades.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist aus zeitlichen Gründen für das laufende Kalenderjahr 2017 ausgeschöpft. Dies gilt gleichermaßen für die Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes.

Erwerbsmäßigkeit ist allerdings dann nicht anzunehmen, wenn nur durch Kumulation mehrerer Verhinderungspflegen im laufenden Jahr (Zeitraum von 12 Monaten) der Zeitraum von sechs Wochen überschritten wird.

Allein die Zeitdauer der jeweils separat zu beurteilenden Verhinderungspflege ist ausschlaggebend für die individuell infrage kommende Kostenerstattungsregelung.

Beispiel 2

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter in der Zeit vom 01.04. bis 21.04.2017 (21 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 750,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Tochter zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 252,00 EUR (täglich 12,00 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes des Pflegegrades 4
1.092,00 EUR x 21 : 42 = 546,00 EUR

plus 21 Kalendertage x 12,00 EUR Fahrkosten = 252,00 EUR
Erstattungsbetrag = 798,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.04. und 21.04.2017
volles Pflegegeld (728,00 EUR x 2 : 30) = 48,53 EUR
vom 02.04. bis 20.04.2017
hälftiges Pflegegeld (364,00 EUR x 19 : 30) = 230,53 EUR

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2017 noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 21 Kalendertage bzw. in Höhe von 814,00 EUR.

Teil 2

Erneute Verhinderungspflege durch die Tochter in der Zeit vom 01.06. bis 23.06.2017 (23 Kalendertage). Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 700,00 EUR gezahlt. Fahrkosten werden zusätzlich in Höhe von 276,00 EUR für öffentliche Verkehrsmittel (täglich 12,00 EUR) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme wie im Teil 1 (Erstattungsbetrag = 798,00 EUR, für die restlichen 21 Kalendertage vom 01.06.2017 bis 21.06.2017), da eine Kumulation nicht erfolgt und die zweite Verhinderungspflege nicht länger als 42 Kalendertage andauert.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 01.06. und 21.06.2017
volles Pflegegeld (728,00 EUR x 2 : 30) = 48,53 EUR
vom 02.06 bis 20.06.2017
hälftiges Pflegegeld (364,00 EUR x 19 : 30) = 230,53 EUR

Darüber hinaus ist der Anspruch auf Verhinderungspflege für das laufende Kalenderjahr 2017 aus zeitlichen Gründen ausgeschöpft. Eine Neuberechnung für die Verhinderungspflege vom 01.04.2017 bis 21.04.2017 erfolgt nicht. Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 01.06.2017 wird volles Pflegegeld gezahlt. Für den Zeitraum vom 02.06.2015 bis 20.06.2017 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt. Mit dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 21.06.2017 und der ab diesem Zeitpunkt sichergestellten Pflege wird wieder volles Pflegegeld gezahlt.

2.4 Vorliegen von Erwerbsmäßigkeit bei einer Verhinderungspflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt und im laufenden Jahr bereits einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt hat

Erwerbsmäßigkeit kann nach den Gesetzesmaterialien insbesondere angenommen werden, wenn seitens der Ersatzpflegeperson nachgewiesen wird, dass von ihr im laufenden Jahr (Zeitraum von 12 Monaten) bereits ein anderer Pflegebedürftigen über einen Zeitraum von mehr als einer Woche gepflegt wurde. Sollte es sich bei der ersten Verhinderungspflege im laufenden Jahr um einen Pflegebedürftigen handeln, der mit der Pflegeperson bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, erfolgt im Nachhinein keine erneute Beurteilung dieser Verhinderungspflege (vgl. Ziffer 2.3).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger des Pflegerades 5 nimmt Sachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von seiner Ehefrau gepflegt. Die Verhinderungspflege wird von seinem nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Enkelsohn in der Zeit vom 01.05. bis 14.05.2017 (14 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihm die Versicherte nachweislich 550,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von dem Enkelsohn zusätzlich Fahrkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von 160,00 EUR nachgewiesen.

Gleichzeitig weist der Enkelsohn nach, dass er bereits in der Zeit vom 03.12. bis 17.12.2016 (15 Kalendertage) eine Verhinderungspflege bei einem anderen Pflegebedürftigen durchgeführt hat.

Ergebnis:

Die Ersatzpflegeperson pflegt zwei verschiedene Pflegebedürftige jeweils länger als eine Woche innerhalb eines 12-Monats-Zeitraumes, so dass Erwerbsmäßigkeit für die Verhinderungspflege ab 01.05.2017 anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des Pflegegrades 5 (1.351,50 EUR) nicht in Betracht.

Kostenübernahme für die allgemeinen Pflegeleistungen in Höhe von	= 550,00 EUR
plus Fahrkosten	= 160,00 EUR
Erstattungsbetrag	= **710,00 EUR**

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2017 noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 28 Kalendertage bzw. in Höhe von 902,00 EUR (1.612,00 EUR – 710,00 EUR).

2.5 Verhinderungspflege durch nahe Angehörige bei Arbeitsfreistellung nach dem PflegeZG

Sofern im Zusammenhang mit den arbeitsrechtlichen Ansprüchen Beschäftigter auf Freistellung von der Arbeitsleistung für die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (von bis zu sechs Monaten nach §§ 3 und 4 PflegeZG) kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder Entgeltersatzzahlung besteht (§ 2 Abs. 3 PflegeZG), kann der Verdienstausfall als Aufwand der Verhinderungspflege im Sinne des § 39 Abs. 2 Satz 2 SGB XI berücksichtigt werden, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind:

- es handelt sich um eine Verhinderungspflege nach § 39 Satz 1 SGB XI, d. h. der nach dem PflegeZG von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte übernimmt die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson; dass der von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte für die Zeit der Freistellung zur ggf. alleinigen Hauptpflegeperson wird, ist dabei unerheblich,

- die Wartezeit von sechs Monaten nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ist erfüllt (vgl. auch Ziffer 2),

- es handelt sich um die Pflege eines nahen Angehörigen im Sinne von § 7 Abs. 2 PflegeZG (Großeltern, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Schwägerinnen und Schwäger, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder oder Enkelkinder),

- die Pflege wird in häuslicher Umgebung durchgeführt.

Dies gilt nicht, wenn die Verhinderungspflege im Zusammenhang mit einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung im Umfang von bis zu 10 Arbeitstagen (§ 2 Abs. 1PflegeZG) erbracht wird und die Ersatzpflegeperson ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 oder 6 SGB XI als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt erhält. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstausfalls in Anspruch genommen werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrtkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungsbetrags erstattet werden.

2.6 Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch Nachbarn/Bekannte

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte/Verschwägerte (ab dem dritten Grade) oder durch eine sonstige Person, z. B. Nachbar, geleistet, erfolgt keine Beschränkung der Kostenerstattung auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes. Vielmehr kann der Höchstbetrag von 1.612,00 EUR ausgeschöpft werden, wenn entsprechende Aufwendungen für die Verhinderungspflege nachgewiesen sind. Darüber hinaus kann der Höchstbetrag nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt bis zu 2.418,00 EUR im Kalenderjahr erhöht werden (vgl. Ziffer 2.7). Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen gelten als nachgewiesen, wenn sie durch eine entsprechende Quittung, Rechnung oder Kontoauszug belegt sind. Im Übrigen muss es sich bei diesen Ersatzpflegepersonen nicht um einschlägig vorgebildete Pflegekräfte handeln.

Beispiel 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegerades 3 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Nichte vom 01.03. bis 23.03.2017 (23 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 1.350,00 EUR gezahlt. Darüber hinaus werden von der Nichte zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 64,40 EUR (täglich 14 km x 0,20 EUR = 2,80 EUR x 23 Kalendertage) nachgewiesen.

Ergebnis:

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe der allgemeinen Pflegeleistungen = 1.350,00 EUR
plus Fahrkosten = 64,40 EUR
Erstattungsbetrag = **1.414,40 EUR**

Es besteht im laufenden Kalenderjahr 2017 noch ein Restanspruch auf Verhinderungspflege für 19 Kalendertage bzw. in Höhe von 197,60 EUR (1.612,00 EUR – 1.414,40 EUR).

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 nimmt Pflegesachleistungen in voller Höhe in Anspruch und wird zusätzlich von seiner Ehefrau gepflegt. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sind für das laufende Kalenderjahr ausgeschöpft. In der Zeit vom 15.05. bis 14.06.2017 (31 Kalendertage) ist die Ehefrau durch Urlaub an der Pflege gehindert. Für die Dauer des Urlaubs wird die zusätzliche Pflege durch eine Nachbarin erbracht, die in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zu dem Pflegebedürftigen steht. Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 1.860,00 EUR (täglich 60,00 EUR) gezahlt.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.612,00 EUR wird bereits am 10.06.2017 (1.612,00 EUR : 60,00 EUR = 26,87 Tage, aufgerundet auf volle Tage; 60,00 EUR x 27 Tage = 1.620,00 EUR) überschritten. Für den Zeitraum vom 15.05.2017 bis 10.06.2017 werden 1.612,00 EUR im Rahmen der Verhinderungspflege erstattet. Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist für das laufende Kalenderjahr 2017 der Höhe nach ausgeschöpft.

2.7 Verwendung des nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrages der Kurzeitpflege nach § 42 SGB XI

Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI in Höhe von bis zu 1.612,00 EUR kann um bis zu 806,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI auf insgesamt 2.418,00 EUR im Kalenderjahr erhöht werden Wird die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen erbracht, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, gilt dies insoweit, als im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen nachgewiesen werden (vgl. § 39 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB XI).

Beispiel 1

Teil 1

Die Verhinderungspflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 02.03. bis 29.03.2017 (28 Kalendertage) erbracht und in Höhe von 1.570,00 EUR nachgewiesen. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurden bisher nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 1.570,00 EUR. Für den Zeitraum vom 03.03.2017 bis 28.03.2017 wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 02.03.2017 und 29.03.2017 wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

Teil 2

Der Pflegebedürftige nimmt erneut Leistungen der Verhinderungspflege vom 15.06. bis 30.06.2017 (16 Kalendertage) in Anspruch. Die Verhinderungspflege wird von einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 744,00 EUR (täglich 46,50 EUR) erbracht. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des noch zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Ergebnis:

Durch die bereits in Anspruch genommenen Leistungen der Verhinderungspflege in Höhe von 1.570,00 EUR besteht noch ein Restanspruch in Höhe von 42,00 EUR (1.612,00 EUR – 1.570,00). Da der Pflegebedürftige im Kalenderjahr 2017 keine Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen hat, kann er den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 EUR um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI um bis zu 806,00 EUR erhöhen.

Aufgrund der vorangegangenen Verhinderungspflege (28 Tage) besteht noch ein Restanspruch von 14 Tagen. Während dieser Zeit sind Kosten in Höhe von 651,00 EUR (14 Tage x 46,50 EUR) entstanden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 609,00 EUR (651,00 EUR – 42,00 EUR) ist auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI anzurechnen. Im Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.003,00 EUR (1.612,00 EUR – 609,00 EUR). Somit ist der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege für das Kalenderjahr ausgeschöpft.

Für den Zeitraum vom 16.06.2017 bis 27.06.2017 wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten Tag der Inanspruchnahme am 15.06.2017 und dem letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 28.06.2017 und der ab diesem Zeitpunkt insoweit sichergestellten Pflege wird das volle Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 3 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Tochter vom 12.03.2017 bis 24.03.2017 (13 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 220,00 EUR, ein Verdienstausfall in Höhe von 1.445,00 EUR und Fahrkosten in Höhe von 78,00 EUR (30 km x 0,20 EUR = 6,00 EUR x 13 Tage) nachgewiesen. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des noch zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Kostenübernahme für die Verhinderungspflege
in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes der Pflegestufe I

817,50 EUR x 13 : 42	=	253,04 EUR
begrenzt auf	=	220,00 EUR
plus Fahrkosten	=	78,00 EUR
plus Verdienstausfall	=	1.445,00 EUR
Gesamt	**=**	**1.743,00 EUR**

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 12.03. und 24.03.2017

volles Pflegegeld (545,00 EUR x 2 : 30)	=	36,33 EUR
vom 13.03. bis 23.03.2017		
hälftiges Pflegegeld (272,50 EUR x 11 : 30)	=	99,92 EUR

Der Höchstbetrag von 1.612,00 EUR wird überschritten. Da bisher im Kalenderjahr 2017 keine Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurden, kann der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege um die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege um bis zu 806,00 EUR erhöht werden. Demzufolge kann der Restbetrag in Höhe von 131,00 EUR (1.743,00 EUR – 1.612,00 EUR) ebenfalls erstattet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 131,00 EUR wird auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI angerechnet. Im Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.481,00 EUR (1612,00 EUR – 131,00 EUR). Verhinderungspflege kann im laufenden Kalenderjahr noch in Höhe von 675,00 EUR (806,00 EUR – 131,00 EUR) für bis zu 29 Tage in Anspruch genommen werden.

Teil 2

Der Pflegebedürftige nimmt erneut Leistungen der Verhinderungspflege vom 16.06. bis 30.06.2017 (15 Kalendertage) in Anspruch. Die Verhinderungspflege wird von einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 720,00 EUR (täglich 48,00 EUR) erbracht. Es können noch nicht verwendete Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 675,00 EUR in Anspruch genommen werden.

Ergebnis:

Durch die vorangegangene Verhinderungspflege sind die Leistungen der Verhinderungspflege zwar der Höhe nach, aber nicht den Kalendertagen nach ausgeschöpft. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 EUR kann um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI erhöht werden. Da bereits für die vorangegangene Verhinderungspflege noch nicht verwendete Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 131,00 EUR in Anspruch genommen wurden, kann der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege um bis zu 675,00 EUR (806,00 EUR – 131,00 EUR) erhöht werden. Somit übernimmt die Pflegekasse die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 675,00 EUR. Der Leistungsanspruch für die Verhinderungspflege ist für das Kalenderjahr 2017 ausgeschöpft. Dies gilt ebenfalls für den Erhöhungsbetrag aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 EUR. Zudem wird der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 806,00 EUR (675,00 EUR + 131,00 EUR) auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI angerechnet. Im Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 EUR (1.612,00 EUR – 675,00 EUR - 131,00 EUR).

Der Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes ist auf 42 Tage im Kalenderjahr beschränkt. Da während der vorangegangenen Verhinderungspflege ein hälftiges Pflegegeld für 13 Kalendertage fortgezahlt wurde, besteht für den Zeitraum vom 17.06.2017 bis 29.06.2017 ein Anspruch auf hälftiges Pflegegeld. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 16.06.2017 und 30.06.2017 wird volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 3

Teil 1

Die Verhinderungspflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von einem ambulanten Pflegedienst vom 10.01. bis 04.02.2017 (26 Kalendertage) erbracht und in Höhe von 1.612,00 EUR nachgewiesen.

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt die durch den ambulanten Pflegedienst entstandenen Aufwendungen in Höhe von 1.612,00 EUR. Für den Zeitraum vom 11.01.2017 bis 03.02.2017 wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege am 10.01.2017 und 04.02.2017 wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt.

Teil 2

Vom 02.05. bis 13.05.2017 (12 Kalendertage) ist die Pflegeperson erneut verhindert. Die Verhinderungspflege wird dieses Mal von dem nicht mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn erbracht. Von der Pflegeperson werden neben pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 429,00 EUR Fahrkosten in Höhe von 50,00 EUR nachgewiesen. Die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurden im Kalenderjahr 2017 bereits ausgeschöpft.

Ergebnis:

Durch die vorangegangene Verhinderungspflege sind die Leistungen der Verhinderungspflege zwar der Höhe nach, aber nicht den Kalendertagen nach ausgeschöpft. Da die Leistungen der Kurzzeitpflege im Kalenderjahr 2017 bereits ausgeschöpft sind, kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 EUR nicht erhöht werden. Somit werden die dem Sohn entstandenen Aufwendungen in Höhe von 479,00 EUR nicht erstattet.

Unabhängig davon, kann aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege, dass volle Pflegegeld für den Monat Mai 2017 gezahlt werden.

Beispiel 4

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 2 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Tochter vom 08.05. bis 22.06.2017 (46 Kalendertage) durchgeführt. Hierfür hat ihr der Versicherte nachweislich 2.300,00 EUR (täglich 50,00 EUR) gezahlt. Darüber hinaus werden von der Tochter zusätzlich Fahrkosten in Höhe von 190,00 EUR nachgewiesen. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags der Kurzzeitpflege.

Ergebnis:

Die Pflege dauert länger als sechs Wochen, so dass Erwerbsmäßigkeit anzunehmen ist. Infolgedessen kommt eine Begrenzung der Aufwendungen für die allgemeinen Pflegeleistungen auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 (474,00 EUR) nicht in Betracht.

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.612,00 EUR wird um die nicht verwendeten Mittel der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 EUR auf 2.418,00 EUR erhöht. Der Tagessatz beträgt 54,13 EUR (2.300,00 EUR + 190,00 EUR = 2.490,00 EUR : 46 Tage). Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist auf 42 Tage (08.05.2017 bis 18.06.2017) begrenzt. Die in der Zeit vom 08.05.2017 bis 18.06.2017 entstandenen pflegebedingten Aufwendungen und Fahrt kosten in Höhe von 2.273,46 EUR (54,13 EUR x 42 Tage) werden durch die Pflegekasse erstattet.

Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag in Höhe von 661,46 EUR ist auf den Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI anzurechnen. Im Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 950,54 EUR (1612,00 EUR – 661,46 EUR). Der Leistungsanspruch der Verhinderungspflege ist der Dauer nach für das Kalenderjahr 2017 ausgeschöpft.

Für die Zeit vom 09.05.2017 bis 17.06.2017 (40 Kalendertage) besteht ein Anspruch auf Fortzahlung des hälftigen Pflegegeldes. Für den ersten Tag der Verhinderungspflege am 08.05.2017 und für den letzten Tag der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI am 18.06.2017 und der ab diesem Zeitpunkt sichergestellten Pflege wird ein volles Pflegegeld gezahlt.

2.8 Ausschöpfung des Leistungsanspruchs

(1) Ist der Leistungsanspruch für das laufende Kalenderjahr bereits ausgeschöpft, kann bei Verhinderungspflege im häuslichen Bereich für die weitere Dauer der Verhinderungspflege aufgrund der selbst sichergestellten Pflege das Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI gezahlt werden, sofern die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

Ist der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI) untergebracht, steht ihm nach Ausschöpfung des Leistungsrahmens entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ab diesem Zeitpunkt für die weitere Unterbringung Pflegegeld nach § 37 SGB XI festgelegten Pflegegeldbeträge entsprechend des festgestellten Pflegegrades zu.

(2) Sofern der Leistungsrahmen der Verhinderungspflege entweder in der Höhe oder von den Kalendertagen ausgeschöpft ist, stehen dem Pflegebedürftigen bereits ab diesem Zeitpunkt für den weiteren – kurzzeitigen – Aufenthalt in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung grundsätzlich bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI zur Verfügung, wenn die Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zur Kurzzeitpflege bzw. vollstationären Pflege zugelassen sind (vgl. Ziffer 5.3 zu § 42 SGB XI). Ist die Pflegeeinrichtung nicht nach § 72 SGB XI zur Kurzzeitpflege bzw. vollstationären Pflege zugelassen, kommt aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI festgelegten Pflegegeldbeträge in Betracht.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 stellt für den Zeitraum vom 01.04. bis 15.05.2017 (45 Kalendertage) einen für dieses Kalenderjahr erstmaligen Antrag auf Verhinderungspflege für die Unterbringung in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 58,00 EUR. Der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wurde im Februar 2017 ausgeschöpft.

Ergebnis:

Der Höchstbetrag in Höhe von 1.612,00 EUR wird bereits am 28.04.2017 (1.612,00 EUR : 58,00 EUR = 27,79 Tage, aufgerundet auf volle Tage) ausgeschöpft. Anspruch auf volles Pflegegeld nach § 37 SGB XI besteht für den 01.04.2017 und für die Zeit ab dem 28.04.2017 für die restliche Dauer der Unterbringung. Für die Zeit vom 02.04.2017 bis 27.04.2017 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

§ 40 SGB XI
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Absatz 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Absatz 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.

(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals

bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelung dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

1. Pflegehilfsmittel

1.1 Allgemeines

(1) Die Pflegekassen stellen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen Pflegehilfsmittel zur Verfügung (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Der Anspruch besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 und nur bei häuslicher Pflege.

(2) Nach § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI erstellt der GKV-Spitzenverband als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Dieses enthält Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern bzw. eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, ohne als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens eingestuft zu sein. Über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließt der GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge. Ungeachtet dessen können auch die Pflegekassen entsprechende Verträge schließen (§ 78 Abs. 1 SGB XI).

1.2 Leistungsanspruch

(1) Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu einem Betrag von monatlich 40,00 EUR übernommen. Aufwendungen, die über diesen Höchstbetrag hinausgehen, gehen zu Lasten des Pflegebedürftige. Der Versicherte kann wählen, ob er zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel als Sachleistung im Rahmen der zwischen dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Verträge oder in Form der Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen will. Wählt der Versicherte die Kostenerstattung, sollte aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe von mindestens 40,00 EUR nachgewiesen ist (wenn beispielsweise im letzten halben Jahr der Leistungsanspruch stets voll ausgeschöpft wurde und dies auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist), auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet werden. In diesen Fällen kann ohne weitere Prüfung der monatliche Höchstbetrag ausgezahlt werden.

(2) Technische Pflegehilfsmittel sollen vorrangig leihweise überlassen werden. Lehnt der Versicherte die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, hat er die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen. Auch Mehrkosten für eine vom Versicherten gewünschte Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, sowie dadurch bedingte Folgekosten gehen zu Lasten des Versicherten.

1.3 Zuzahlung

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel eine Zuzahlung in Höhe von 10 v. H., höchstens jedoch 25,00 EUR je Pflegehilfsmittel, zu zahlen. Abweichend hiervon richtet sich die Zuzahlung bei doppelfunktionalen Hilfsmitteln entsprechend der Vorschriften des § 40 Abs. 5 Satz 7 SGB XI nach den Regelungen der §§ 33, 61 und 62 SGB V. Eine Zuzahlungspflicht besteht jedoch nicht bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln.

(2) In analoger Anwendung der Regelung des § 62 SGB V ist die Zuzahlung für Versicherte auf die individuelle Belastungsgrenze in Höhe von zwei v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für Versicherte, die nach den Regelungen des § 62 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz SGB V als chronisch krank anerkannt sind, gilt als Belastungsgrenze auch im Recht der Pflegeversicherung der reduzierte Wert von ein v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Regelung im Recht der GKV, wonach die Belastungsgrenze bei Versicherten, die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen, generell bei zwei v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt liegt, findet hingegen keine Anwendung.

(3) In die Berechnung der maßgeblichen Zuzahlungen für den Abgleich mit der individuellen Belastungsgrenze sind die Zuzahlungen des Versicherten für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 3 SGB XI sowie für Hilfsmittel nach § 33 Abs. 8 SGB V (und weitere nach §§ 61, 62 SGB V berücksichtigungsfähige Zuzahlungen) einzubeziehen. Nicht berücksichtigt werden

- Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die über 40,00 EUR monatlich hinausgehen,

- Mehrkosten für eine vom Versicherten gewünschte, nicht notwendige Ausstattung von Pflegehilfsmitteln sowie

- vom Versicherten zu tragende Kosten bei Ablehnung einer leihweisen Überlassung eines Pflegehilfsmittels.

Versicherte, die im Bereich der GKV wegen Erreichung der Belastungsgrenze von weiteren Zuzahlungen befreit sind, sind damit automatisch auch von Zuzahlungen im Bereich der Pflegekasse befreit. Dies ist auf den Bescheinigungen über die Befreiung (vgl. § 62 Abs. 3 SGB V) zu berücksichtigen.

1.4 Leistungsabgrenzung zur Krankenversicherung

Wie unter Ziffer 1.1 Abs. 2 ausgeführt, enthält das Pflegehilfsmittelverzeichnis Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern bzw. eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V enthält Produkte, die nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung dazu geeignet sind, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Ungeachtet der Zuordnung der Produkte zu den vorgenannten Verzeichnissen ist die Prüfung des Leistungsanspruchs jeweils nach den konkreten Umständen des Einzelfalls vorzunehmen. Dabei sind die medizinischen Voraussetzungen einer möglichen Hilfsmittelversorgung der Krankenkassen nach § 33 SGB V stets vorrangig zu prüfen. Erst wenn medizinisch der Anspruch gegen die Krankenkasse zu verneinen ist, ist der Weg für eine Prüfung der

pflegerischen Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 40 SGB XI eröffnet. Ein Anspruch nach § 40 Abs. 1 SGB XI besteht von daher nur dann, wenn

- das beantragte Produkt im konkreten Einzelfall allein der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung dient oder

- bei einem solchen Produkt im konkreten Einzelfall zwar marginal noch ein Behinderungsausgleich vorstellbar ist, die Aspekte der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung aber so weit überwiegen, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gerechtfertigt ist.

Bei Produkten, die bisher weder im Hilfsmittelverzeichnis noch im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, gilt ein vergleichbarer Maßstab.

Zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel sowie zur Bestimmung des Verhältnisses zur Aufteilung der Ausgaben zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung (Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel - RidoHiMi) zu berücksichtigen. Die Zuzahlung richtet sich beim Vorliegen von doppelfunktionalen Hilfsmitteln nach den §§ 33, 61 und 62 SGB V.

1.5 Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Rahmen der Begutachtung

Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter gibt im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung ab. Bei Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, gelten die Empfehlungen jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Pflegebedürftige zustimmt.

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, sind die in den Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel festgelegten Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel sowie alle übrigen im Verzeichnis nach § 78 SGB XI aufgeführten Pflegehilfsmitteln. Außerdem können Adaptionshilfen, Gehhilfen, Hilfsmittel gegen Dekubitus, aufsaugende Inkontinenzhilfen, Stehhilfen und Stomaartikel empfohlen werden.

Bezüglich der Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung vermutet. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel wird bis zum 31.12.2020 die Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Therapieentscheidung sowie Verordnung nach § 33 Abs. 5a SGB V.

Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung grundsätzlich nicht mehr geboten, es sei denn die Kranken- und Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkasse. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist ferner, dass die jeweiligen weiteren leistungs- und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Für alle anderen Hilfsmittel, die nicht den Zielen des § 40 SGB XI dienen (z. B. Kommunikationshilfen, Sehhilfen, Hörhilfen, Orthesen) gilt diese Regelung nicht. Die Versorgungsempfehlung ist in diesen Fällen nicht als Leistungsantrag zu werten.

2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

2.1 Leistungsvoraussetzungen

(1) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

(2) Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall

- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf den Ausgleich und die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit oder der Beeinträchtigung der Fähigkeiten i. S. des § 14 SGB XI bzw. auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt.

2.2 Leistungsinhalt

(1) Die Pflegekassen können bis zu einem Betrag von 4.000,00 EUR je Maßnahme im Rahmen ihres Ermessens Zuschüsse gewähren. Hierbei handelt es sich um

- Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z. B. Treppenlifter, Aufzüge, Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe),
- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Erstellung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Austausch der Badewanne durch eine bodengleiche Dusche),
- technische Hilfen im Haushalt (Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird, z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken,).

(2) Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z. B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere Aufwendungen für eine Wohnumfeldverbesserung bezuschusst werden. Dabei darf allerdings der Zuschuss für den Umzug und die Wohnumfeldverbesserung insgesamt den Betrag von 4.000,00 EUR nicht überschreiten.

(3) Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist der Antragsteller mit der Bewilligung darauf hinzuweisen, dass die sich im Zusammenhang mit dieser Maßnahme ergebenden mietrechtlichen Fragen in eigener Verantwortlichkeit zu regeln sind. Im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nach §§ 7, 31 SGB XI sollten hier die Pflegekassen tätig werden (z. B. durch Einschaltung des MDK).

(4) Die Bewilligung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch die Pflegekasse bzw. einen anderen Leistungsträger schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V bzw. Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI grundsätzlich nicht aus. Z. B. könnte die Pflegekasse als Wohnumfeldverbesserung die Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche bezuschussen und die GKV bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 33 SGB V einen Duschsitz zur Verfügung stellen.

3. Wohnung/Haushalt

(1) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden (z. B. Betreutes Wohnen), liegt eine Wohnung/ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

(2) Maßnahmen i. S. v. § 40 Abs. 4 SGB XI kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Bewohners ausgerichtet sind.

(3) Wird die wohnumfeldverbessernde Maßnahme im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums durchgeführt, sind hinsichtlich der Zuschussbemessung die durch die Maßnahme entstandenen Mehrkosten zu berücksichtigen (z. B. Mehrkosten durch Einbau breiterer als den DIN-Normen entsprechender Türen, Einbau einer bodengleichen Dusche anstelle einer Duschwanne). In der Regel werden sich die Mehrkosten auf die Materialkosten erstrecken. Mehrkosten beim Arbeitslohn und sonstigen Dienstleistungen können nur berücksichtigt werden, wenn sie eindeutig auf die wohnumfeldverbessernde Maßnahme zurückzuführen sind.

4. Maßnahme

(1) Die Pflegekasse kann je Maßnahme einen Zuschuss bis zu einem Betrag von 4.000,00 EUR gewähren. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Hierbei ist nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung bzw. Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen gerichtet sind,

- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,

- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder

- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z. B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt.

(2) Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 4.000,00 EUR gewährt werden kann.

Beispiel

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist im Februar 2017 der Einbau von fest installierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich.

Diese Wohnumfeldverbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 4.000,00 EUR zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Pflegebedürftigen ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 4.000,00 EUR bezuschusst werden können.

5. Zuschusshöhe

Der Zuschuss beträgt je Maßnahme bis zu 4.000,00 EUR. Er ist auf die tatsächlichen Kosten der Maßnahme begrenzt. Überschreiten die Kosten der Maßnahme 4.000,00 EUR, ist der über dem Zuschuss liegende Betrag von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten

Bei der Zuschussgewährung sind als Kosten der Maßnahme Aufwendungen für

- Durchführungshandlungen (vgl. Ziffer 7.2 Abs. 3),
- Materialkosten (auch bei Ausführung durch Nichtfachkräfte),
- Arbeitslohn und ggf. Gebühren (z. B. für Genehmigungen)

zu berücksichtigen. Wurde die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstausfall) zugrunde zu legen.

5.2 Durchführung von Reparaturen bzw. Wartungen

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert oder gewartet werden müssen, können nicht nochmal als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden.

5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen

(1) Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer gemeinsamen Wohnung, kann der Zuschuss für dieselbe Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes für jeden Pflegebedürftigen maximal 4.000,00 EUR betragen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf insgesamt 16.000,00 EUR begrenzt und wird gleichmäßig auf die Pflegebedürftigen aufgeteilt.

(2) Die beteiligten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erstatten von den Gesamtkosten einen gleichmäßigen Anteil, sofern der Anspruch nicht ausgeschöpft ist. Dieser Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der Pflegebedürftigen. Zur Abrechnung ist für jeden Pflegebedürftigen von der erstangegangenen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen eine Kopie der Originalrechnung mit der Bestätigung zur Verfügung zu stellen, dass der Originalbeleg vorliegt. Zudem muss die Höhe des Erstattungsbetrages bescheinigt werden.

(3) Leben die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 38a SGB XI) und liegen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 40 Abs. 4 SGB XI vor, können diese Leistungen ergänzend zu den Leistungen nach § 45e SGB XI in Anspruch genommen werden (vgl. Ziffer 1 zu § 45e SGB XI). Insgesamt können die Gesamtkosten der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der Höchstgrenze der jeweiligen Zuschüsse nach §§ 40 Abs. 4 und 45e Abs. 1 SGB XI übernommen werden.

6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern

6.1 Allgemeines

Die Pflegekassen können subsidiär (nachrangig) Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren. D. h., Leistungen der Pflegekassen kommen nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse

(1) Im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe für behinderte Menschen wird nach § 54 Abs. 1 SGB XII Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht, gewährt. Dies gilt auch für die Altenhilfe im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XII. Beschädigte und Hinterbliebene erhalten im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (vgl. §§ 25 ff. BVG) unter den Voraussetzungen des § 27c BVG Wohnungshilfe.

(2) Diesen fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Anspruch auf diese Leistungen bleibt von den Leistungen der Pflegekasse jedoch unberührt, soweit die Leistungen der Pflegekasse den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken (vgl. Ziffer 3 zu § 13 SGB XI). Die Pflegekasse hat in diesen Fällen die Pflegebedürftigen auf die ggf. bestehenden weiter gehenden Ansprüche nach dem SGB XII bzw. BVG hinzuweisen und entsprechende Anträge durch Wei-

terleitung der vorhandenen Unterlagen (z. B. Stellungnahme des MDK, Kostenvoranschläge, Bescheinigung über den Zuschuss der Pflegekasse) an die zuständigen Leistungsträger zu unterstützen.

6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger

(1) Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) übernehmen vorrangig unter den trägerspezifischen Voraussetzungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 und 6 i.V.m. Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 SGB IX auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

(2) Darüber hinaus gewährt die Unfallversicherung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2, § 41 SGB VII vorrangig Wohnungshilfe, wenn sie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich wird.

(3) Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren (vgl. § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB IX). Darüber hinaus können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1d i.V.m. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchwbAV). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, so dass grundsätzlich bei berufstätigen Pflegebedürftigen, die schwerbehindert im Sinne von § 2 SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H.) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

7. Verfahren

7.1 Antragstellung

(1) Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sollten vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, § 19 Satz 1 SGB IV).

(2) Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (vgl. Ziffer G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" der Begutachtungs-Richtlinien) Empfehlungen an die Pflegekasse über die notwendige Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln und baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes auszusprechen (vgl. Punkt 4.12 der Begutachtungs-Richtlinien). Die Empfehlung gilt als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte nichts Gegenteiliges erklärt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wohnumfeldverbessernde Maßnahmen angeregt werden.

7.2 Beratung

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beraten (vgl. § 7 Abs. 2 SGB XI; zu dem weitergehenden Anspruch auf Pflegeberatung vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI). Diese Beratung umfasst neben den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen auch die individuelle Beratung über in Frage kommende Maßnahmen (als Orientierungshilfe dient der Katalog möglicher Maßnahmen in Ziffer 8). Werden mit dieser Beratung externe Stellen beauftragt, handelt es sich um Beratungskosten im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB XI.

(2) Bei der Beratung über die in Frage kommenden Maßnahmen steht die Zielsetzung im Vordergrund, den Wohnraum so anzupassen, dass er den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht wird.

Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der Pflegebedürftigen – zu prüfen, ob anstelle von Baumaßnahmen oder der beantragten Maßnahmen einfachere Lösungen (z. B. Einsatz von Hilfs- und Pflegehilfsmitteln) in Betracht kommen.

(3) Die Beratung ist abzugrenzen von den Durchführungshandlungen in Bezug auf die konkrete Maßnahme. Durchführungshandlungen in diesem Sinne sind z. B. die Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z. B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen (Eigentümerversammlung, Straßenverkehrsamt, das Stellen von Bauanträgen oder die Bauüberwachung), die Nachschau der durchgeführten Maßnahme und die Durchsicht der Rechnungen. Solche Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen sind nicht Gegenstand des Anspruchs auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Aufwendungen für diese Handlungen werden ggf. als Kosten der Maßnahme bei der Festsetzung des Zuschusses berücksichtigt (siehe Ziffer 5.1). Beauftragt der Anspruchsberechtigte für die Planung, Durchführung oder Überwachung der Maßnahme externe Stellen, sind diese Kosten als Teil der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu werten und bei der Bemessung des Zuschusses zu berücksichtigen.

7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme

Die Pflegekasse überprüft – ggf. in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem MDK, die erforderlichenfalls andere Fachkräfte als externe Gutachter hinzuziehen, ob durch die beantragte Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann, sofern diese Prüfung nicht bereits im Rahmen der Beratung im Vorfeld des Leistungsantrags erfolgte (vgl. Ziffer 7.2). Stellt sich im Rahmen dieser Prüfung heraus, dass es eine einfachere und effektivere Lösung gibt, hat die Pflegekasse entsprechende Empfehlungen zu geben.

8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

8.1. Allgemeines

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen

eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I) stehen.

So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der Bewohner jedoch nicht mehr in der Lage, die bisherige Waschmöglichkeit (z. B. das Etagenbad) zu benutzen und kann durch den Einbau des Bades verhindert werden, dass der Anspruchsberechtigte seine Wohnung aufgeben muss, handelt es sich um eine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen (z. B. Herdsicherungssysteme),
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

In dem folgenden Katalog sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o. g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, kommen insbesondere folgende Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z. B. bei Rollstuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z. B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkierungen an den Vorderkanten Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliften
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Weitergehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung

8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z. B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z. B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z. B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherungstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen

Küche

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	Veränderung der Höhe von z. B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung) Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängekörbe)

Bad und WC

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Einbau eines fehlenden Bades/WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC
Anpassung eines vorhandenen Bades/WC Armaturen	 Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche
Duschplatz	Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche oder Einbau einer niedrigeren Duschtasse, wenn ein bodengleicher Zugang baulich nicht möglich ist

Ausstattungselemente	Mögliche Veränderungen
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z. B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Schlafzimmer

Ausstattungselemente	Mögliche Veränderungen
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

§ 41 SGB XI
Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat:

1. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,*
2. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,*
3. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,*
4. *für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro,*

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

1. Allgemeines

Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis 5 nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (§§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI). Dies gilt insbesondere in den Fällen

- einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- der Ermöglichung einer (Teil-) Erwerbstätigkeit für die Pflegeperson,
- einer beabsichtigten teilweisen Entlastung der Pflegeperson,
- einer nur für einige Stunden am Tag oder in der Nacht notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.

Insoweit soll die Tages- und Nachtpflege die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der Abwesenheit ihrer Pflegeperson(en) allein in ihrer Häuslichkeit zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden. Mit der Möglichkeit ergänzend zur häuslichen Pflege die Tages- und Nachtpflege in Anspruch zu nehmen, wird die Pflegebereitschaft und die Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert, sowie – entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär – vollstationäre Pflege vermieden.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Absatz 1 SGB XI im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen.

2. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in dem anerkannten Pflegegrad zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung der Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

Zu diesen allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall folgende Hilfen:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen,
- medizinische Behandlungspflege.

Darüber hinaus haben Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in teil- und vollstationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Leistung wird über einen gesonderten Zuschlag zur Pflegevergütung abgegolten (vgl. § 43b SGB XI).

3. Leistungsumfang

Der Gesamtwert der von der Pflegekasse zu erbringenden Leistung beträgt im Kalendermonat

- bei Pflegegrad 2: 689,00 EUR
- bei Pflegegrad 3: 1.298,00 EUR,
- bei Pflegegrad 4: 1.612,00 EUR,
- bei Pflegegrad 5: 1.995,00 EUR.

Sofern die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen eine sog. "Abwesenheitsvergütung" aufgrund der bestehenden vertraglichen Regelungen berechnen, ist diese bei der Leistungsgewährung bis zu den in § 41 SGB XI genannten Beträgen zu berücksichtigen.

Fahrkosten werden nicht gesondert erstattet; sie sind Bestandteil der mit den teilstationären Pflegeeinrichtungen geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und werden bis zum jeweiligen Höchstbetrag nach § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB XI berücksichtigt.

In der Regel werden neben der Tages- und Nachtpflege

- die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI,
- das Pflegegeld nach § 37 SGB XI,
- eine Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld nach § 38 SGB XI

in Anspruch genommen. Der Pflegebedürftige kann diese Leistungen in Anspruch nehmen, ohne dass eine gegenseitige Anrechnung mit den Leistungen der Tages- und Nachtpflege erfolgt.

Pflegebedürftige können für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege entstehen, auch den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI einsetzen (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben dem Anspruch auf Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI nur in Anspruch genommen werden, wenn durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2.6 zu § 38a SGB XI).

§ 42 SGB XI
Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. *für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder*
2. *in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.*

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

1. Allgemeines

(1) In Fällen, in denen weder häusliche Pflege (§§ 36 bis 38 und 39 SGB XI), noch teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) möglich ist, haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5 für die Dauer von bis zu acht Wochen je Kalenderjahr Anspruch auf (stationäre) Kurzzeitpflege. Dieser Anspruch besteht auch dann, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Der Anspruchsberechtigte wird für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne der §§ 71 Abs. 2, 72 SGB XI aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege

- für eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder wenn die Kurzzeitpflege innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes – analog der Anschlussrehabilitation – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wird. Insbesondere kann dies er-

forderlich sein, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann,

- für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach § 39 SGB XI überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, z. B. bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Kurzzeitpflege einsetzen.

(2) Insbesondere, wenn Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde, kann es bei dem Übergang aus einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung zu Problemen kommen. Eine zügige Begutachtung durch den MDK oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung ist für einen reibungslosen Übergang unumgänglich. Von daher ist die Begutachtung durch den MDK oder durch den von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags des Versicherten bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn der Versicherte sich in einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet. In regionalen Vereinbarungen kann diese Frist verkürzt werden (vgl. Ziffer 4 zu § 18 SGB XI). Zudem ist eine verbindliche Rahmenempfehlung auf der Grundlage des § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V erforderlich, die den nahtlosen Übergang aus dem Krankenhaus in den häuslichen, teilstationären (einschl. Kurzzeitpflege) und vollstationären Pflegebereich regelt.

2. Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen

(1) Sofern für Anspruchsberechtigte keine geeigneten Kurzzeitpflegeeinrichtungen vorhanden sind, kann die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen oder anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden. Dieser weitergehende Anspruch steht allen Pflegebedürftigen mindestens des Pflegerades 2, zur Verfügung. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nach Absatz 4 gilt nicht für Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen wohnen und ggf. in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in dieser Einrichtung bleiben.

(2) Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege von Pflegebedürftigen geeignet, wenn sie aufgrund der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege und Betreuung für die Dauer der Kurzzeitpflege – ggf. auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – sicher zu stellen. Dies wird regelmäßig bei entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und bei Einrichtungen, die mit einem anderen Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, zu unterstellen sein. Darüber hinaus ist die Eignung der Einrichtung im Einzelfall zu prüfen.

3. Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen

(1) Ist eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung notwendig, in der die Pflegeperson eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchführt, besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege.

(2) Für die Leistungsgewährung müssen mit der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung und auch keine vergütungsrechtlichen Vereinbarungen nach dem SGB XI bestehen.

4. Leistungsinhalt

Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen sind die im Einzelfall erforderlichen Hilfen in dem anerkannten Pflegegrad zur Unterstützung, zur teilweisen oder zur vollständigen Übernahme der Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens oder zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung von Aktivitäten. Die Hilfen sollen diejenigen Maßnahmen enthalten, die Pflegebedürftigkeit mindern sowie einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und der Entstehung von Sekundärerkrankungen vorbeugen.

Zu diesen allgemeinen Pflegeleistungen gehören je nach Einzelfall:

- körperbezogene Pflegemaßnahmen,
- pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- medizinische Behandlungspflege.

Darüber hinaus haben Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in teil- und vollstationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Leistung wird über einen gesonderten Zuschlag zur Pflegevergütung abgegolten (vgl. § 43b SGB XI).

5. Leistungsumfang

5.1 Allgemeines

(1) Der Anspruch auf die Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen im Kalenderjahr begrenzt, wobei die Aufwendungen der Pflegekasse hierfür bis zu 1.612,00 EUR **im Kalenderjahr** nicht übersteigen dürfen. Ergänzend hierzu kann der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI in Höhe von bis zu 1.612,00 EUR für die Kurzzeitpflege verwendet werden, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden. In diesem Fall erhöht sich der Leistungsanspruch für die Kurzzeitpflege auf bis zu 3.224,00 EUR im Kalenderjahr. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag ist auf den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI anzurechnen. Für die Dauer der Kurzzeitpflege wird das bisher bezogene Pflegegeld für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zur Hälfte fortgezahlt (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Sofern die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI hinsichtlich der Dauer ausgeschöpft sind, kann ein eventuell noch verbleibender Leistungsbetrag ebenfalls für die Kurzzeitpflege verwendet werden.

Beispiel 1

Ein Pflegegeldempfänger des Pflegegrades 2 befindet sich erstmalig vom 05.05. bis 06.05.2017 (2 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Vom 18.05. bis 22.05.2017 (5 Kalendertage) nimmt er erneut Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen jeweils 62,50 EUR.

Kurzzeitpflege vom 05.05. bis 06.05.2017

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
2 Kalendertage x 62,50 EUR = 125,00 EUR

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:
für den 05.05. und 06.05.2017
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30) = 21,07 EUR

Kurzzeitpflege vom 18.05. bis 22.05.2017

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
5 Kalendertage x 62,50 EUR = 312,50 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 18.05. und 22.05.2017
volles Pflegegeld (316,00 EUR x 2 : 30) = 21,07 EUR
für den 19.05. bis 21.05.2017
hälftiges Pflegegeld (158,00 EUR x 3 : 30) = 15,80 EUR

Ergebnis:

Im Kalenderjahr 2017 besteht noch ein Restanspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege für 49 Kalendertage und in Höhe von 1.174,50 EUR (1.612,00 EUR – 125,00 EUR – 312,50 EUR). Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (05.05.2017 und 06.05.2017) in voller Höhe gezahlt.

Für den Zeitraum vom 18.05.2017 bis 22.05.2017 wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege (18.05.2017und 22.05.2017) das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt. Vom 19.05.2017 bis 21.05.2017 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Teil 1

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 befindet sich erstmalig vom 09.03. bis 31.03.2017 (23 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Vom 12.05. bis 21.05.2017 (10 Kalendertage) nimmt er erneut Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen jeweils 60,50 EUR. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags nach § 39 SGB XI.

Kurzzeitpflege vom 09.03.2017 bis 31.03.2017

Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
23 Kalendertage x 60,50 EUR = 1.391,50 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 09.03.2017 und 31.03.2017
volles Pflegegeld (545,00 EUR x 2 : 30) = 36,33 EUR
für den 10.03.2017 bis 30.03.2017
hälftiges Pflegegeld (6 272,50 EUR x 21 : 30) = 190,75 EUR

Ergebnis:

Für den Zeitraum vom 09.03.2017 bis 31.03.2017 werden Leistungen der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.391,50 EUR in Anspruch genommen. Es besteht noch ein Restanspruch auf Kurzzeitpflege in Höhe von 220,50 EUR (1.612,00 EUR – 1.391,50 EUR). Das Pflegegeld wird für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege (09.03.2017 und 31.03.2017) in voller Höhe gezahlt. Vom 10.03.2017 bis 30.03.2017 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt.

Teil 2

Der Pflegebedürftige befindet sich erneut vom 12.05. bis 21.05.2017 (10 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.
Kurzzeitpflege vom 12.05.2017 bis 21.05.2017
Kostenübernahme der Leistungen der Kurzzeitpflege
10 Kalendertage x 60,50 EUR = 605,00 EUR

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 12.05.2017 und 21.05.2017
volles Pflegegeld (545,00 EUR x 2 : 30) = 36,33 EUR
für den 13.05.2017 bis 20.05.2017
hälftiges Pflegegeld (272,50 EUR x 8 : 30) = 72,67 EUR

Ergebnis:

Da der Pflegebedürftige im Kalenderjahr 2017 noch keine Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen hat, kann er den Restbetrag der Kurzzeitpflege in Höhe von 220,50 EUR um den Betrag der Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 1.612,00 EUR auf insgesamt 1.832,50 EUR erhöhen. Für die Zeit vom 12.05.2017 bis 21.05.2017 werden die Kosten der Kurzzeitpflege in Höhe von 605,00 EUR erstattet.

Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag aus der Verhinderungspflege in Höhe von 384,50 EUR (605,00 EUR – 220,50 EUR) wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 EUR angerechnet. Im Kalenderjahr 2017 besteht ein Restanspruch in Höhe von 1.227,50 EUR (1.612,00 EUR – 384,50 EUR), welcher sowohl für die Kurzzeitpflege als auch für die Verhinderungspflege zur Verfügung steht.

Im Kalenderjahr 2017 wurde bereits für 23 Kalendertage ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Da der Anspruch auf ein hälftiges Pflegegeld für bis zu 56 Tagen im Kalenderjahr besteht, wird für den Zeitraum vom 12.05.2017 bis 21.05.2017 (10 Kalendertage) das Pflegegeld fortgezahlt. Am 12.05.2017 und am 21.05.2017 wird es in voller Höhe und im Zeitraum vom 13.05.2017 bis 20.05.2017 zur Hälfte gezahlt.

Auf die Dauer des Leistungsanspruchs wird die Zeit der Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI nicht angerechnet (vgl. Ziffer 1 Abs. 2 zu § 39 SGB XI). Ferner entsteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass ein

- am 31.12. eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender,

- vor dem 31.12. eines Jahres abgelaufener

Leistungsanspruch nach § 42 SGB XI – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 1.1. des Folgejahres für acht Wochen weiter besteht oder wiederauflebt. Wird eine Sachleistung durch Kurzzeitpflege unterbrochen, können im Monat der Aufnahme und der Entlassung jeweils Sachleistungen bis zur jeweiligen Wertgrenze im Sinne des § 36 SGB XI in Anspruch genommen werden.

(2) Pflegebedürftige können für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, auch den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI einsetzen (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

(3) Einige Kurzzeitpflegeeinrichtungen haben mit den Pflegekassen eine sog. "Abwesenheitsvergütung" (§§ 75 Abs. 2 Nr. 5, 87a Abs. 1 Sätze 5 und 6 SGB XI) vertraglich vereinbart. Die Pflegekassen erkennen entsprechende Regelungen an und erbringen die Leistungen bis zu dem in § 42 SGB XI genannten Betrag. Die Höhe der sog. "Abwesenheitsvergütung" ist auch aus dem zwischen dem Pflegebedürftigen und der Kurzzeitpflegeeinrichtung geschlossenen Vertrag zu entnehmen.

(4) Sofern die Kurzzeitpflege für Anspruchsberechtigte nicht in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen, sondern in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird (vgl. Ziffer 2) und in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen (zum Leistungsinhalt der Kurzzeitpflege vgl. Ziffer 4) enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen sind, sind grundsätzlich 60 v. H. des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.

(5) Wird die Kurzeitpflege in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitation durchgeführt (vgl. Ziffer 3) und sind in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen (zum Leistungsinhalt der Kurzzeitpflege vgl. Ziffer 4) enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen, sind grundsätzlich 60 v. H. des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.

(6) Fahrkosten werden im Rahmen des § 42 SGB XI nicht erstattet. Für eventuell in diesem Zusammenhang entstehende Fahrkosten kann der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI verwandt werden.

(7) Die Pflegekasse zahlt den dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an die zugelassene Kurzzeitpflegeeinrichtung. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die Ermittlung der Höhe des für den Pflegebedürftigen zu zahlenden Leistungsbetrages macht eine konkrete Angabe der Entgelthöhe notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnung getroffen werden, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben.

Wird die Kurzzeitpflege in anderen geeigneten Einrichtungen oder in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbracht (vgl. Abs. 4 und 5), erfolgt eine Erstattung gegenüber dem Pflegebedürftigen.

5.2 Kurzzeitpflege bei Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§ 36 oder § 37 SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 42 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sicher gestellt wird, kann eine Leistungsgewährung nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

5.3 Ausschöpfen des Leistungsanspruchs

(1) Bei Ausschöpfen des Leistungsanspruchs der Kurzzeitpflege ggf. unter Berücksichtigung der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI können Pflegebedürftigen bei Vorliegen der Voraussetzungen auch die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI zur Verfügung gestellt werden, wenn die Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI zur vollstationären Pflege zugelassen ist.

(2) Ist die Pflegeeinrichtung nicht nach § 72 SGB XI zur vollstationären Pflege zugelassen, kommt aufgrund der insoweit sichergestellten Pflege die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in Betracht.

Beispiel

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 befindet sich vom 09.03. bis 07.05.2017 (60 Kalendertage) in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Tägliche Heimkosten:

Pflegebedingte Aufwendungen	73,28 EUR
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	31,13 EUR
Investitionskosten	19,57 EUR

Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags nach § 39 SGB XI.

Kurzzeitpflege vom 09.03.2017 bis 07.05.2017

Kostenübernahme im Rahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI
vom 09.03. bis 21.04.2017

(3.224,00 EUR : 73,28 EUR = 43,99 Tage, aufgerundet auf volle Tage)
44 Kalendertage x 73,28 EUR = 3.224,32 EUR, begrenzt auf = 3.224,00 EUR

Kostenübernahme im Rahmen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI
vom 22.04. bis 30.04.2017

9 Kalendertage x 73,28 EUR = 659,52 EUR

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 659,52 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.262,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 659,52 EUR übernommen werden.

vom 01.05. bis 07.05.2017

7 Kalendertage x 73,28 EUR = 512,96 EUR

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 512,96 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.262,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 512,96 EUR übernommen werden.

Insgesamt werden für den Zeitraum vom 09.03. bis 07.05.2017 Kosten in Höhe von 4.396,48 EUR (3.224,00 EUR + 659,52 EUR + 512,96 EUR) übernommen.

Berechnung der Pflegegeldansprüche:
für den 09.03.2017 volles Pflegegeld (1/30 von 545,00 EUR)
= 18,17 EUR
für den 10.03. bis 21.04.2017
hälftiges Pflegegeld (272,50 EUR x 43 : 30) = 390,58 EUR

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege wird um die nicht verwendeten Mittel der Verhinderungspflege auf 3.224,00 EUR erhöht. Für den Zeitraum vom 09.03.2017 bis 21.04.2017 werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI in Höhe von 3.224,00 EUR gewährt. Für die Zeit vom 22.04.2017 bis 07.05.2017 werden Kosten in Höhe von 1.172,48 EUR (659,52 EUR + 512,96 EUR) auf Grundlage des § 43 SGB XI erstattet. Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sind für das Kalenderjahr 2017 ausgeschöpft.

Das Pflegegeld wird für den ersten Tag der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege (09.03.2017) in voller Höhe gezahlt. Vom 10.03.2017 bis 21.04.2017 wird hälftiges Pflegegeld gezahlt. Ab 07.05.2017 wird wieder volles Pflegegeld gezahlt.

5.4 Wechsel von der Kurzzeitpflege zur vollstationären Pflege

Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von dem Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.612,00 EUR, soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Dieser Leistungsrahmen erhöht sich entsprechend, sofern der Pflegebedürftige den Höchstbetrag aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, überträgt. Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen. Bei einem Wechsel von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine andere Kurzzeitpflegeeinrichtung darf ebenfalls nur die aufnehmende Einrichtung den Verlegungstag berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 zieht am 11.03.2017 von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 65,00 EUR, und in der vollstationären Pflegeeinrichtung 68,69 EUR.

Berechnung des Entgeltes der Kurzzeitpflegeeinrichtung:

vom 01.03. bis 10.03.2017 = 10 Berechnungstage x 65,00 EUR = 650,00 EUR

Kostenübernahme im Rahmen der Kurzzeitpflege:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 650,00 EUR den Höchstbetrag von 1.612,00 EUR nicht überschreitet, kann der Betrag von 650,00 EUR an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Kostenübernahme im Rahmen der vollstationären Pflege:

vom 11.03 bis 31.03 2017 = 21 Berechnungstage x 68,69 EUR = 1.442,49 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Heimentgelt in Höhe von 1.442,49 EUR den monatlichen Pauschbetrag von 1.262,00 EUR übersteigt, kann der Pauschbetrag an die vollstationäre Pflegeeinrichtung gezahlt werden.

6. Zusammentreffen von Leistungen der Kurzzeitpflege, der vollstationären Pflege mit Zuschüssen zur stationären Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Stationäre Hospize sind selbständige Einrichtungen mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativmedizinische, palliativ-pflegerische, soziale sowie geistig-seelische Versorgung zu erbringen. Mit stationären Hospizen können Versorgungsverträge als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 Abs. 1 SGB XI geschlossen werden, wenn die Voraussetzungen des § 71 SGB XI erfüllt sind, das Hospiz einen Versorgungsvertrag wünscht und das Einvernehmen nach § 72 Abs. 2 SGB XI hergestellt wird.

Versicherte, die in ihrer letzten Lebensphase zur palliativ-medizinischen Versorgung in ein stationäres Hospiz aufgenommen werden, haben bei Vorliegen der Voraussetzungen Anspruch auf einen Zuschuss nach § 39a Abs. 1 SGB V gegenüber ihrer Krankenkasse. Nach § 39a Abs. 1 Satz 3 SGB V sind diese Zuschüsse allerdings nachrangig gegenüber den Leistungen anderer Sozialleistungsträger. Leistungen anderer Sozialleistungsträger sind insbesondere die Leistungen nach dem SGB XI. Ausgehend von der Zielsetzung, dass Versicherte, die in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, einer Krankenhausbehandlung nicht mehr bedürfen bzw. eine Versorgung im Haushalt oder in der Familie kurzfristig nicht realisierbar ist, handelt es sich bei einem Aufenthalt in einem Hospiz – auch wenn das Hospiz als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen ist – immer um eine vorübergehende Maßnahme. Dies ist vergleichbar mit der Zielsetzung der Kurzzeitpflege. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 42 und 43 SGB XI sowie des § 39a Abs. 1 SGB V vorliegen, sind bei Hospizaufenthalten vorrangig die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Pflege auszuschöpfen. Dabei kann der Leistungsrahmen der Kurzeitpflege um den nicht in Anspruch genommenen Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI erhöht werden. Für die Dauer der Kurzzeitpflege besteht ein Anspruch auf Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI für bis zu acht Wochen (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI). Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird das Pflegegeld in voller Höhe gezahlt (vgl. Ziffer 2.2.3 zu § 37 SGB XI).

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland sind von den Krankenkassen seit 08.12.2015 95 v. H. der zuschussfähigen Kosten zu übernehmen. Die zuschussfähigen Kosten werden von den Vertragspartnern als tagesbezogene Bedarfssätze vereinbart. Zuschussfähig sind maximal die tatsächlich entstandenen Aufwendungen.

Beispiel 1

Ein Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2 befindet sich vom 05.04.2017 bis 28.04.2017 in einem stationären Hospiz, in dem er verstirbt. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr ausgeschöpft.

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	289,37 EUR
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	14,47 EUR
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	274,90 EUR
Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen. Die pflegebedingten Aufwendungen im Pflegegrad 2 betragen	80,00 EUR
Rechnung des Hospizes in Höhe von (24 Tage x 274,90EUR)	6.597,60 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 42 SGB XI (vom 05.04. bis 25.04.2017 = 21 Tage x 80,00 EUR = 1.680,00 EUR) begrenzt auf	1.612,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 43 SGB XI (vom 26.04. bis 28.04.2017 = 3 Tage x 80.00 EUR =	240,00 EUR
Gesamtleistung der Pflegekasse	**1.852,00EUR**
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (24 Tage x 274,90 EUR = 6.597,60 EUR – 1.852,00 EUR)	4.745,60 EUR

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 05.04.2017 (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 06.04.2017 bis 25.04.2017 ein hälftiges Pflegegeld. Da der Versicherte am 28.04.2017 verstorben ist, wird für den Zeitraum vom 28.04.2017 bis 30.04.2017 volles Pflegegeld gezahlt.

Beispiel 2

Ein Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 2 befindet sich vom 05.04.2017 bis 28.04.2017 in einem stationären Hospiz, in dem er verstirbt. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sind im laufenden Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft.

Tagesbezogener Bedarfssatz des Hospizes	289,37 EUR
./. Eigenleistung des Hospizes (5 v. H.)	14,47 EUR
= zuschussfähiger Betrag (allgemeine Vergütungsklasse)	274,90 EUR
Das Hospiz ist zugleich als stationäre Pflegeeinrichtung zugelassen.	
Die pflegebedingten Aufwendungen im Pflegegrad 2 betragen	80,00 EUR

Rechnung des Hospizes in Höhe von (24 Tage x 274,90 EUR)	6.597,60 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI (vom 05.04. bis 28.04.2017 = 24 Tage x 80,00 EUR = 1.920,00 EUR), begrenzt auf	1.612,00 EUR
Leistung der Pflegekasse nach § 42 Abs. 2 Satz 3 SGB XI Erhöhungsbetrag (1.920,00 EUR – 1.612,00 EUR)	308,00 EUR
	1.920,00 EUR
Leistung der Krankenkasse nach § 39a Abs. 1 SGB V (24 Tage x 274,90 EUR = 6.597,60 EUR – 1.920,00 EUR)	4.677,60 EUR

Für die Zeit der Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI wird ein hälftiges Pflegegeld gezahlt. Am 05.04.2017 (erster Tag) erfolgt die Zahlung des vollen Pflegegeldes und für den Zeitraum vom 06.04.2017 bis 27.04.2017 ein hälftiges Pflegegeld. Da der Versicherte am 28.04.2017 verstorben ist, wird für den Zeitraum vom 28.04.2017 bis 30.04.2017 volles Pflegegeld gezahlt.

§ 43 SGB XI
Vollstationäre Pflege/Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1.262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1.775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2.005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

1. Allgemeines

Der Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht unabhängig davon, ob häusliche oder teilstationäre Pflege möglich ist. Ab 01.01.2017 entfällt die Prüfung zur Erforderlichkeit der vollstationären Pflege, sie ist auch nicht mehr Gegenstand der ab dem 01.01.2017 geltenden Begutachtungs-Richtlinien.

2. Leistungsinhalt/Leistungshöhe

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung in pauschalierter Form.

Es gelten folgende monatliche Pauschbeträge:

- Pflegegrad 2: 770,00 EUR,
- Pflegegrad 3: 1.262,00 EUR,
- Pflegegrad 4: 1.775,00 EUR,
- Pflegegrad 5: 2.005,00 EUR.

Sofern der monatliche Pauschbetrag höher ist als die Summe aus den pflegebedingten Aufwendungen und den Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung inklusive der Ausbildungsumlage, wenn diese für die Pflegeeinrichtung entfällt, übernimmt die Pflegekasse bis zur Höhe des Pauschbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Diese Regelung gilt für den Besitzstandsschutzbetrag nach § 141 Abs. 3 SGB XI gleichermaßen (vgl. Ziffer 4.1 zu § 141 SGB XI).

Beispiel 1

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 lebt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung.

Pflegebedingte Aufwendungen	= 1.600,00 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	= 900,00 EUR

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.775,00 EUR. Hiervon werden 175,00 EUR für Unterkunft und Verpflegung verwendet.

Für Versicherte, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, besteht unbenommen der im Rahmen der stationären Pflege zu erbringenden medizinischen Behandlungspflege ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Hierbei handelt es sich um eine besondere, eng begrenzte Personengruppe mit besonders hohem Versorgungsbedarf in der medizinischen Betreuung.

Die Pflegesätze und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) werden ab 01.01.2017 in der Regel auf Grundlage einer monatlichen Durchschnittsbetrachtung auf Basis von 30,42 Tagen als täglicher und monatlicher Wert im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ermittelt, d. h. es wird unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage des betreffenden Monats mit einheitlichen und gleichen Monatsbeträgen gerechnet.

Beispiel 2

Teil 1

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 lebt im Februar 2017 (28 Kalendertage) in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen täglich 52,60 EUR, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung liegen bei täglich 29,59 EUR.

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 52,60 EUR)	= 1.600,09 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 29,59 EUR)	= 900,13 EUR

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.262,00 EUR. Bei einem Monat mit 28 Tagen wird bei der Abrechnung der Faktor 30,42 Tage zu Grunde gelegt.

Teil 2

Auch im März 2017 (31 Kalendertage) lebt die Pflegebedürftige in der Einrichtung.

Pflegebedingte Aufwendungen (30,42 Tage x 52,60 EUR)	= 1.600,09 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (30,42 Tage x 29,59 EUR)	= 900,13 EUR

Ergebnis:

Die Pflegekasse übernimmt Aufwendungen in Höhe des Pauschbetrages von 1.262,00 EUR. Bei einem Monat mit 31 Tagen wird bei der Abrechnung der Faktor 30,42 Tage zu Grunde gelegt.

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegekasse gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil). Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. von dem Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt (vgl. § 84 Abs. 2 SGB XI).

3. Kombination von ambulanten und stationären Leistungen

Es besteht die Möglichkeit, Leistungen der vollstationären Pflege mit ambulanten Pflegeleistungen zu kombinieren und unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflege geltenden Budgets nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch zu nehmen. Bei der Ermittlung der Höhe der Geldleistung sind die Regelungen der Kombinationsleistung gemäß § 38 Satz 2 SGB XI anzuwenden (vgl. Ziffer 3 zu § 38 SGB XI). Folglich ist der im Rahmen der vollstationären Pflege in Anspruch genommene Sachleistungsanteil ins Verhältnis zum Sachleistungshöchstbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Geldleistung für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Geldleistungsanteil mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.

Beispiel

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 lebt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und wird in der Zeit vom 08.03.2017 bis 15.03.2017 in der Familie gepflegt.

Verringerte pflegebedingte Aufwendungen nach § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI (75 v. H.) wegen Pflege im häuslichen Bereich vom 01.03. bis 31.03.2017(unter Berücksichtigung der Regelungen für Abwesenheitszeiten) =1.420,00 EUR

Ergebnis:

Bei Inanspruchnahme

a) der Sachleistung:
Restanspruch (1.612,00 EUR – 1.420,00 EUR) = 192,00 EUR

b) des Pflegegeldes:
Pflege in häuslicher Umgebung in der Zeit vom 08.03. bis 15.03.2017
= 8 Tage

Sachleistungsanteil (1.420,00 EUR von 1.612,00 EUR) = 88,09 v. H.
Geldleistungsanteil = 11,91 v. H.

Es besteht ein Anspruch auf ein anteiliges Pflegegeld für den Monat März 2017 in Höhe von 23,12 EUR (11,91 v. H. von 728,00 EUR = 86,70 EUR x 8 : 30).

4. Wechsel zwischen ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

(1) Bei einem Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege im Laufe des Monats besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf die volle Sachleistung, d. h. Leistungen der häuslichen Pflege können bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen der einzelnen Pflegegrade ausgeschöpft werden. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Bei Zahlung von Pflegegeld ist nach § 37 Abs. 2 SGB XI anteiliges Pflegegeld für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu zahlen. Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig vom Pflegegrad, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Leistungsanspruch von bis zu 1.612,00 EUR, soweit dieser Betrag bzw. der in § 42 Abs. 2 SGB XI genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Wird für die Kurzzeitpflege der nicht verbrauchte Leistungsbetrag der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI verwendet, erhöht sich der Leistungsanspruch auf bis zu 3.224,00 EUR im Kalenderjahr. Darüber hinaus kommt für die Zeiten des Monats, die nicht durch Kurzzeitpflege bzw. vollstationäre Pflege belegt sind, ggf. die Zahlung der Sachleistung bis zu den in § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI festgelegten Höchstgrenzen bzw. das anteilige Pflegegeld in Betracht.

(2) Für die Zeit der vollstationären Pflege besteht auch für den Teilmonat Anspruch auf den vollen Pauschbetrag. Dies gilt auch für einen ggf. bestehenden Anspruch auf einen Besitzstandsschutzbetrag nach § 141 Abs. 3 SGB XI (vgl. Ziffer 4.1 zu § 141 SGB XI). Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung darf nur die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Heimentgelt berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 zieht am 20.03.2017 von der Kurzzeitpflegeeinrichtung in die vollstationäre Pflegeeinrichtung. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in der Kurzzeitpflegeeinrichtung betragen 64,68 EUR und der vollstationären Pflegeeinrichtung betragen 68,00 EUR. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der vollstationären Pflege liegen bei 32,40 EUR.

Kostenübernahme der Kurzzeitpflege:

vom 01.03. bis 19.03.2017 = 19 Tage x 64,68 EUR = 1.228,92 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da das Entgelt für die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.228,92 EUR den Höchstbetrag von 1.612,00 EUR nicht überschreitet, kann der Betrag von 1.228,92 EUR an die Kurzzeitpflegeeinrichtung gezahlt werden.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 20.03. bis 31.03.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(12 Tage x 68,00 EUR) = 816,00 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(12 Tage x 32,40 EUR) = 388,80 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen zusammen mit den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.204,80 EUR (816,00 EUR + 388,80 EUR) den monatlichen Pauschbetrag von 1.775,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 1.204,80 EUR an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zur Auszahlung gelangen.

Zur Kombination der Leistungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI), bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1 SGB V) vgl. Ziffer 6 zu § 42 SGB XI.

5. Leistungserbringung

Die Pflegekasse zahlt den dem pflegebedürftigen Heimbewohner zustehenden Leistungsbetrag mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Der von der Pflegekasse zu zahlende Leistungsbetrag wird zum 15. des laufenden Monats fällig (§ 87a Abs. 3 SGB XI).

Die Leistungsvorschriften machen zur Ermittlung der Höhe des für den jeweiligen pflegebedürftigen Heimbewohner zu zahlenden Leistungsbetrages eine konkrete Angabe der Entgelthöhe je nach zu berücksichtigender Vergütungsform notwendig. Die Angaben sollten zweckmäßigerweise durch Rechnungen erfolgen, soweit die Partner des Versorgungsvertrages keine abweichenden Regelungen getroffen haben. Aus der Fälligkeit der zu zahlenden Leistungsbeträge zum 15. eines jeden Monats für den laufenden Monat ergibt sich die Notwendigkeit, Änderungen in der Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages – etwa infolge von zeitweiser Abwesenheit bzw. bei Tod des Pflegebedürftigen – im Folgemonat zu korrigieren.

6. Berechnung der anteiligen Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen im laufenden Monat

Bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen Pauschbetrag. Dies gilt auch für einen ggf. bestehenden Anspruch auf einen Besitzstansschutzbetrag nach § 141 Abs. 3 SGB XI (vgl. Ziffer 4.1 zu § 141 SGB XI). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner und der Pflegekasse endet mit dem Tag, an dem der Pflegebedürftige aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt (§ 87a Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert. Liegt die Summe der Aufwendungen unter dem Pauschbetrag des jeweiligen Pflegegrades, ist eine Begrenzung vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der Pauschbetrag zu zahlen.

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 wird am 05.03.2017 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 84,72 EUR. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 35,00 EUR.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 05.03. bis 31.03.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(27 Tage x 84,72 EUR) = 2.287,44 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(27 Tage x 35,00 EUR) = 945,00 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.287,44 EUR den Pauschbetrag in Höhe von 2.005,00 EUR übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den Pauschbetrag zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 verstirbt am 07.04.2017. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 62,23 EUR. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen täglich 28,00 EUR.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege:

vom 01.04. bis 07.04.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(7 Tage x 62,23 EUR) = 435,61 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(7 Tage x 28,00 EUR) = 196,00 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen zusammen mit den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 631,61 EUR den Pauschbetrag von 770,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 631,61 EUR zur Auszahlung gelangen.

7. Zahlungsweise bei Heimwechsel im laufenden Monat

In Fällen, in denen Pflegebedürftige im Laufe des Monats die (bisherige) vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, wird der – bisherigen – Pflegeeinrichtung der Pauschbetrag zur Verfügung gestellt. Bei Pflegebedürftigen, die einen Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 3 SGB XI haben, wird zusätzlich der Besitzstandsschutzbetrag der abgebenden Einrichtung zur Verfügung gestellt. Dieser wird gegenüber dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI vorrangig abgerechnet und kann ebenfalls für Unterkunft und Verpflegung verwendet werden (vgl. Ziffer 4.1 zu § 141 SGB XI). An die neue Pflegeeinrichtung kann ggf. noch der verbleibende Betrag des noch nicht ausgeschöpften Besitzstandsschutzbetrages und/oder Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI gezahlt werden. Allerdings darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung den Verlegungstag berechnen (§ 87a Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 zieht am 14.05.2017 von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtung A betragen 91,09 EUR, die der Pflegeeinrichtung B 84,77 EUR. Die täglichen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen in Einrichtung A 30,40 EUR, in Einrichtung B 26,40 EUR.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung A:

vom 01.05. bis 13.05.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(13 Tage x 91,09 EUR) = 1.184,17 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(13 Tage x 30,40 EUR) = 395,20 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen und die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1.579,37 EUR (1.184,17 EUR + 395,20 EUR) den monatlichen Pauschbetrag von 2.005,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 1.579,37 EUR an die Pflegeeinrichtung A gezahlt werden. Für Einrichtung B stehen noch 425,63 EUR (2.005,00 EUR – 1.579,37 EUR) zur Verfügung.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung B:

vom 14.05. bis 31.05.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(18 Tage x 84,77 EUR) = 1.525,86 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
(18 Tage x 26,40 EUR) = 475,20 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da bereits die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.525,86 EUR den Restbetrag des noch nicht ausgeschöpften Pauschbetrages von 425,63 EUR übersteigt, ist die Zahlung an die Pflegeeinrichtung B auf 425,63 EUR zu begrenzen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 zieht am 28.05.2017 von der Pflegeeinrichtung A in die Pflegeeinrichtung B. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtung A betragen 91,09 EUR, die der Pflegeeinrichtung B 84,77 EUR. Die täglichen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung betragen in Einrichtung A 30,40 EUR und in Einrichtung B 26,40 EUR.

Kostenübernahme der vollstationären Pflege in Pflegeeinrichtung A:

vom 01.05. bis 27.05.2017
Pflegebedingte Aufwendungen
(27 Tage x 91,09 EUR) = 2.459,43 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
27 Tage x 30,40 EUR) = 820,80 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.459,43 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.775,00 EUR übersteigen, ist die Leistungshöhe auf den monatlichen Pauschbetrag von 1.775,00 EUR zu begrenzen. An die Pflegeeinrichtung B kann somit keine Zahlung mehr erfolgen.

8. Abwesenheitszeiten

Ein Pflegeplatz ist bei vorübergehender Abwesenheit eines Pflegebedürftigen für einen Zeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr freizuhalten. Der Abwesenheitszeitraum verlängert sich über die 42 Tage hinaus bei vollstationärer Krankenhausbehandlung und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte. Für diesen Zeitraum besteht Anspruch auf Leistungen nach § 43 SGB XI (§ 87a Abs. 1 Satz 5 SGB XI).

Während der ersten drei Abwesenheitstage hat das Pflegeheim Anspruch auf die volle Pflegevergütung. Für Abwesenheitszeiten von mehr als drei Tagen sind in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI Abschläge von mindestens 25 v. H. der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI (integrierte Versorgung) vorzusehen.

Das Nähere zur Berechnung der Abwesenheitszeiträume und zur Kürzung der Pflegevergütung regeln die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI.

Diese vertraglichen Regelungen finden bei der Ermittlung der pflegebedingten Aufwendungen Berücksichtigung.

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 wird am 10.05.2017 aus einer vollstationären Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus aufgenommen; die Rückverlegung erfolgt am 24.05.2017. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen betragen 68,56 EUR. Während vorübergehender Abwesenheit verringerte pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 51,42 EUR berechnet.

Mai 2017

Pflegebedingte Aufwendungen = 68,56 EUR x 30,42 Tage	= 2.085,60 EUR
Abzug bei Abwesenheit (68,56 EUR x 25 v. H. x 10 Tage)	= 171,40 EUR
	= 1.914,20 EUR

Da die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.914,20 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 770,00 EUR übersteigen, beträgt die Leistungshöhe 770,00 EUR.

9. Wechsel des Pflegegrades im laufenden Monat

Erhöht sich der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen und wird aufgrund eines Höherstufungsantrages oder einer Wiederholungsbegutachtung im laufenden Monat ein höherer Pflegegrad zuerkannt, ist für den Leistungsbeginn § 48 SGB X zu beachten (vgl. Ziffer 2.2 zu § 33 SGB XI). Fällt der Leistungsbeginn des höheren Pflegegrades nicht auf den ersten eines Monats, ist aus pragmatischen Gründen der höhere Pauschbetrag vom Beginn des jeweiligen Kalendermonats maßgeblich.

Beispiel

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3

Antrag auf Höherstufung am	28.03.2017
Begutachtung durch den MDK am	05.05.2017
Pflegegrad 4 liegt bereits vor ab	08.02.2017

Kostenübernahme für vollstationäre Pflege für den Monat Februar 2017

Pflegebedingte Aufwendungen vom 01.02. bis 07.02.2017 Pflegegrad 3 täglich 74,56 EUR x 7 Tage	= 521,92 EUR
Pflegebedingte Aufwendungen vom 08.02. bis 28.02.2017 Pflegegrad 4 täglich 86,38 EUR x 21 Tage	= 1.813,98 EUR
	= **2.335,90 EUR**

Kostenübernahme für vollstationäre Pflege für den Monat März 2017

Pflegebedingte Aufwendungen vom 01.03. bis 31.03.2017 Pflegegrad 4 täglich 86,38 EUR x 30,42 Tage	= **2.627,68 EUR**

Ergebnis:

Die Pflegeeinrichtung hat erst ab dem 08.02.2017 einen Anspruch auf die höhere Vergütung. Da die zu berücksichtigenden pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 2.335,48 EUR den monatlichen Pauschbetrag (des Pflegegrades 4) in Höhe von 1.775,00 EUR übersteigt, ist die Zahlung auf den Pauschbetrag zu begrenzen. Im Monat März 2017 ist die Zahlung auch auf den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 1.775,00 EUR zu begrenzen.

10. Berechnung der pflegebedingten Aufwendungen bei Aufforderung der Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag zu stellen

Erhöht sich der Pflegebedarf des Pflegebedürftigen, sollte der Pflegebedürftige einen Antrag auf einen höheren Pflegegrad stellen, da die Pflegeeinrichtung Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung hat, die dem Pflegeaufwand des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit entspricht.

Die Pflegeeinrichtung kann den Pflegebedürftigen schriftlich auffordern einen Höherstufungsantrag bei seiner Pflegekasse zu stellen. Die Pflegeeinrichtung hat allerdings – ggf. anhand der Pflegedokumentation – gegenüber dem Pflegebedürftigen zu begründen, aus welchen Tatsachen heraus ein höherer Pflegeaufwand besteht. Die Aufforderung zur Stellung eines Antrages auf Höherstufung ist auch der Pflegekasse und ggf. dem zuständigen Träger der Sozialhilfe, sofern der Pflegebedürftige Leistungen des Trägers der Sozialhilfe erhält, zuzuleiten. Weigert sich der Pflegebedürftige einen Antrag auf Höherstufung bei seiner Pflegekasse zu stellen, kann die Pflegeeinrichtung dem Pflegebedürftigen oder dem Kostenträger (Träger der Sozialhilfe) ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächst höheren Pflegegrad berechnen. Diese Regelung hält allerdings an dem Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der Antragstellung des Pflegebedürftigen fest. D. h. bei fortbestehender Verweigerung des Pflegebedürftigen, kann die Pflegekasse nur auf der Grundlage des aktuellen Leistungsbescheides die Leistungen gewähren (vgl. auch § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Insofern kommt als o. g. Kostenträger nicht die Pflegekasse in Betracht.

Anspruchsberechtigte sollten im Rahmen der Beratung darauf hingewiesen werden, dass ihnen durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils nach § 84 Abs. 2 SGB XI durch die Höherstufung keine höheren Eigenanteile entstehen.

Beispiel 1

Aufforderung zu einem Höherstufungsantrag am	27. 01
Der Pflegebedürftige weigert sich, den Antrag zu stellen.	
Die Pflegeeinrichtung kann den nächst höheren Pflegegrad in Rechnung stellen ab	01.03.

Stellt der Pflegebedürftige, nach Aufforderung durch die Pflegeeinrichtung, einen Höherstufungsantrag, ist der MDK oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter einzuschalten. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad durch den MDK oder den beauftragten Gutachter nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK oder des von ihr beauftragten Gutachters eine Höherstufung ab, hat die Pflegeeinrichtung dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen. Der Rückzahlungsbetrag ist mit wenigstens 5 v. H. zu verzinsen.

Beispiel 2

Erhebung der höheren pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeeinrichtung vom 28.02. bis 30.04.

Erhöhter Betrag insgesamt	1.145,00 EUR
Begutachtung durch den MDK, dass ein höherer Pflegegrad nicht vorliegt am	19.04.
Verzinsung (1.145,00 EUR : 365 Tage x 62 x 5 : 100)	9,72 EUR
Rückzahlungsbetrag insgesamt	1.154,72 EUR

Sofern die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vorliegen siehe Ziffer 9.

11. Leistungen in nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

Begeben sich Pflegebedürftige in nicht zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen (keine Einrichtungen i. S. d. § 71 Abs. 4 SGB XI), können keine Leistungen der vollstationären Pflege erbracht werden.

Wird allerdings die Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst erbracht, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI. Dies gilt auch dann, wenn die stationäre Einrichtung selbst einen zugelassenen ambulanten Pflegedienst betreibt, der die Leistungen erbringt. Dem Pflegebedürftigen muss jedoch die Möglichkeit gegeben werden, von seinem Wahlrecht (§ 2 Abs. 2 SGB XI) Gebrauch machen zu können.

Im Übrigen besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

§ 43a SGB XI
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen/Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Absatz 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

1. Allgemeines und Leistungshöhe

Pflegebedürftige behinderte Menschen des Pflegegrades 2 bis 5, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen ganztägig (Tag und Nacht) untergebracht und verpflegt werden, wird zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege ein Pauschalbetrag gezahlt. Dieser beläuft sich auf 10 v. H. des Heimentgelts, welches der Träger der Sozialhilfe mit der Einrichtung vereinbart hat, maximal können 266,00 EUR monatlich gezahlt werden. Sofern die Betreuung durch Kooperation einzelner Träger (z. B. Wohnheim und Werkstatt für behinderte Menschen) erfolgt, ist von einem Gesamtheimentgelt auszugehen.

Gemäß § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse jedoch nur für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen 10 v. H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes.

Für Pflegegebedürftige des Pflegegrades 1, die in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI leben, beteiligen sich die Pflegekassen nicht an den pflegebedingten Aufwendungen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe erstrecken sich in diesen Fällen auch auf die Pflegeleistungen in der Einrichtung (vgl. § 55 SGB XII und Erläuterungen zu § 13 SGB XI Ziffer 3).

Zum Teil sind auch in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen tagesgleiche Pflegesätze vereinbart und auf dieser Basis werden die monatlichen Zahlbeträge anhand der tatsächlichen Kalendertage des jeweiligen Monats ermittelt. Für die Berechnung der 10 v. H.-Regelung würde dies bedeuten, dass eine entsprechende Berechnung für jeden Monat neu zu erfolgen hat. Aus verwaltungsökonomischen Gründen bestehen keine Bedenken ein vereinfachtes Verfahren auf regionaler Ebene zu vereinbaren, durch das eine kontinuierliche Zahlung in jeweils gleicher Höhe sichergestellt wird. Dabei wird nicht von der tatsächlichen Zahl der Kalendertage im Monat ausgegangenen, sondern die jahresdurchschnittliche Zahl der Kalendertage je Monat (365 : 12 = 30,42) zugrunde gelegt. Mit diesem Durchschnittswert ist das tägliche Heimentgelt zu multiplizieren, um die für die Berechnung der 10 v. H. maßgebliche Größe – bei vollen Kalendermonaten – zu erhalten.

2. Anspruchsvoraussetzungen und Zahlungsweise

(1) Anspruchsvoraussetzung für die Zahlung des Pauschalbetrages ist das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2.

(2) Der dem pflegebedürftigen Bewohner der Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an die Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen zu zahlen. Sofern auf Landesebene zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI geschlossen wurden, wonach die Pflegekasse den Leistungsbetrag direkt an den Träger der Sozialhilfe zahlt, können diese entsprechend weiter angewendet werden.

(3) Hinsichtlich der Berechnung und Zahlungsweise der Leistungsbeträge bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen, bei Abwesenheitszeiten sowie bei einem Wechsel der vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gelten die gleichen Grundsätze wie in der vollstationären Pflege (vgl. Ziffer 6 bis 8 zu § 43 SGB XI).

Beispiel 1

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3wird am 14.01.2017 in eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen aufgenommen. Das tägliche Heimentgelt beträgt 89,53 EUR.

Berechnung des Heimentgelts:

vom 14.01.2017 bis 31.01.2017 = 18 Tage x 89,53 EUR = 1.611,54 EUR davon 10 v. H. = 161,15 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 10 v. H. des Heimentgelts in Höhe von 161,15 EUR den Pauschbetrag in Höhe von 266,00 EUR nicht übersteigt, kann der Betrag von 161,15 EUR zur Auszahlung gelangen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 befindet sich jeweils von Freitagmittag bis Sonntagabend im häuslichen Bereich. Das tägliche Heimentgelt beträgt 62,15 EUR. Während vorübergehender Abwesenheit wird ein reduziertes tägliches Heimentgelt in Höhe von 50,00 EUR – jeweils nur für den Samstag und den Sonntag – berechnet. In diesem Beispiel wird der Monat Juni 2017 zugrunde gelegt. Grundlage für die Berechnung sind jeweils die tatsächlichen Tage der Anwesenheit bzw. Abwesenheit.

Berechnung des Heimentgelts:

22 Tage x 62,15 EUR	=	1.367,30 EUR
8 Tage x 50,00 EUR	=	400,00 EUR
		1.767,30 EUR
davon 10 v. H.	=	176,73 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Da 10 v. H. des Heimentgelts in Höhe von 176,73 EUR den monatlichen Pauschbetrag in Höhe von 266,00 EUR nicht übersteigen, kann der Betrag von 176,73 EUR zur Auszahlung gelangen.

3. Zusammentreffen mit anderen Leistungen nach dem SGB XI

3.1 Kombination von ambulanten und stationären Leistungen nach § 43a SGB XI

Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die zur Abgeltung des Anspruchs auf Leistungen bei vollstationärer Pflege der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI für die tatsächlichen Pflegetage in der Familie zur Verfügung gestellt werden. In diesen Fällen wird der Betrag nach § 43a SGB XI auf den Sachleistungshöchstanspruch nach § 36 Abs. 3 SGB XI des jeweiligen Pflegegrades angerechnet.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4

Pflege in häuslicher Umgebung im Mai 2017 jeweils von Freitagabend bis Sonntagabend und in den Ferien vom 15.05. bis 28.05.2017	= 20 Tage
in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI (für die Zeit vom 15.05. bis 28.05.2017 berechnet die Einrichtung ein reduziertes Heimentgelt – sog. "Abwesenheitsvergütung")	= 170,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann in Höhe von 1.442,00 EUR (1.612,00 EUR – 170,00 EUR) die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI zur Verfügung gestellt werden.

In diesen Fällen kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in der Familie in Betracht kommen. Der Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld besteht anteilig für die Tage, an denen sich der Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 tatsächlich in der häuslichen Pflege befindet. Das bedeutet, dass für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 43a SGB XI 1/30 des Leistungsbetrages nach § 37 SGB XI zu zahlen ist. Befindet sich der Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 den vollen Monat in häuslicher Pflege, wird das gesamte Pflegegeld für den Monat gezahlt.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3
Pflege in häuslicher Gemeinschaft im Februar 2017 jeweils von
Freitagabend bis Montagmorgen = 16 Tage

in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI = 236,00 EUR

Ergebnis:

Dem Pflegebedürftigen kann zusätzlich zu der Leistung nach § 43a SGB XI ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von 290,67 EUR (545,00 EUR x 16 : 30) gezahlt werden.

Neben den Leistungen nach § 43a SGB XI kann der Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 bei Aufenthalt im häuslichen Bereich auch ambulante Sachleistungen und Pflegegeld in Anspruch nehmen und kombinieren. Bei der Berechnung des Pflegegeldes ist der Sachleistungsanteil nicht zu berücksichtigen.

Beispiel 3

Pflegegrad 2

Pflege in häuslicher Umgebung im Juni 2017 jeweils von
Freitagabend bis Montagmorgen = 17 Tage

in Anspruch genommene Sachleistung nach § 43a SGB XI = 236,00 EUR

Sachleistungsanteil nach § 36 SGB XI
(689,00 EUR – 236,00 EUR) = 453,00 EUR

Geldleistungsanteil (316,00 EUR x 17 : 30) = 179,07 EUR

Ergebnis:

Es besteht für den Monat Juni 2017 ein Anspruch auf Sachleistungen in Höhe von 453,00 EUR und ein anteiliges Pflegegeld in Höhe von insgesamt 179,07 EUR.

3.2 Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege bei der Gewährung der Leistungen nach § 43a SGB XI

Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 43a SGB XI und der häuslichen Pflege (§ 36 oder § 37 SGB XI) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, können die Leistungen nach § 39 SGB XI bzw. nach § 42 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Eine Anrechnung auf die Leistungen nach § 43a SGB XI ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine

Leistungsgewährung nach § 39 SGB XI bzw. nach § 42 SGB XI nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 43a SGB XI abgegolten.

§ 43b SGB XI
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen
Inhalt der Leistungen

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung. Der Anspruch entspricht inhaltlich unverändert dem bis zum 31.12.2016 in § 87b SGB XI geregelten Anspruch der stationären Pflegeeinrichtungen auf Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsleistungen. Mit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zum 01.01.2017 erhält der Pflegebedürftige einen individuellen Rechtsanspruch auf diese zusätzlichen Betreuungsleistungen gegenüber seiner Pflegekasse. Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen) erhalten zur Erbringung der Leistungen einen Vergütungszuschlag. Ab 01.01.2017 sind die Einrichtungen verpflichtet, ein entsprechendes Angebot vorzuhalten.

Für Pflegebedürftige i. S. d. ab 01.01.2017 geltenden Rechts ist eine gesonderte Antragstellung nicht erforderlich, wenn bereits vor dem 01.01.2017 ein Vergütungszuschlag nach § 87b SGB XI a. F. gezahlt wurde. Versicherte, für die bis zum 31.12.2016 ein Vergütungszuschlag geleistet wurde, die aber nicht pflegebedürftig i. S. d. ab 01.01.2017 geltenden Rechts sind, haben keinen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI. Infolgedessen erhält die stationäre Pflegeeinrichtung für diesen Personenkreis auch keinen Vergütungszuschlag mehr. Pflegebedürftige, die ab 01.01.2017 stationäre Leistungen (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder vollstationäre Pflege) beantragen, können gleichzeitig einen Antrag auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI stellen.

Auf das zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsangebot muss die stationäre Pflegeeinrichtung den Versicherten im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Vertrages nachprüfbar hinweisen (§ 85 Abs. 8 SGB XI). Die Pflegekassen haben die notwendige Transparenz durch entsprechende Hinweise in den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI herzustellen.

Ein Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung besteht ebenso in den Fällen, in denen in der Kurzzeitpflege oder Tages- oder Nachtpflege zugleich ein Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI besteht. Von daher schmälert der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 45b SGB XI. Der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung besteht auch bei einem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege, wenn in dieser Zeit die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI in Anspruch genommen werden oder der Aufenthalt durch Leistungen nach § 45b SGB XI, das Pflegegeld oder durch eigene finanzielle Mittel finanziert wird (vgl. Ziffer 2 zu § 45b SGB XI).

Beispiel

Ein seit 01.04.2017 Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 hat einen Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege für die Zeit vom 07.05. bis 28.05.2017 (22 Kalendertage) einschließlich eines Antrags nach § 43b SGB XI gestellt. Die Kurzzeitpflegeeinrichtung berechnet für die täglichen pflegebedingten Aufwendungen 64,48 EUR sowie für Verpflegung und Unterkunft täglich 16,23 EUR. Es wird ein Vergütungszuschlag in Höhe von 3,38 EUR täglich abgerechnet.

Berechnung des Entgelts:

Pflegesatz	64,48 EUR x 22 Tage = 1.418,56 EUR
Verpflegung und Unterkunft	16,23 EUR x 22 Tage = 357,06 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse übernimmt nach § 42 SGB XI die pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von 1.418,56 EUR, da der Höchstbetrag von 1.612,00 EUR nicht überschritten wird.

Die Einrichtung der Kurzzeitpflege erhält einen Vergütungszuschlag für die Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in Höhe von 74,36 EUR (3,38 EUR x 22 Tage). Der Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung schmälert nicht den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 45b SGB XI. Somit können dem Pflegebedürftigen auf Antrag die entstandenen Aufwendungen für Verpflegung und Unterkunft in Höhe von 357,06 EUR mit dem erworbenen Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI von April 2017 bis Mai 2017 in einem Umfang von bis zu 250,00 EUR erstattet werden. Dem Pflegebedürftigen entsteht ein Eigenanteil in Höhe von 107,06 EUR. Dieser Restbetrag kann mit dem Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI in den Folgemonaten (Juni 2017 bis Dezember 2017) aufgefangen werden.

Für Beihilfeempfänger besteht entsprechend der Regelung des § 28 Abs. 2 SGB XI lediglich Anspruch auf die Hälfte des Vergütungszuschlages nach § 84 SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

§ 44a SGB XI
Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Absatz 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Absatz 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) (weggefallen)

(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend;

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversi-

cherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.

(5) Die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Leistungsbezieher nach Absatz 3 mit der Leistungsbewilligung eine Bescheinigung über den Zeitraum des Bezugs und die Höhe des gewährten Pflegeunterstützungsgeldes aus. Der Leistungsbezieher hat diese Bescheinigung unverzüglich seinem Arbeitgeber vorzulegen. In den Fällen des § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches bescheinigt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die gesamte Höhe der Leistung.

(6) Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen. Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

(7) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen ein Leistungsbezieher nach Absatz 3 einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für den Beiträge anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Pflegeunterstützungsgeld von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Information dieser Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem angegebenen Dienstherrn sind bei der Feststellung der Beitragspflicht folgende Angaben zum Leistungsbezieher mitzuteilen:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld,

7. *die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts und*
8. *Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.*

1. Allgemeines

Das Pflegezeitgesetz sieht für Beschäftigte im Rahmen der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ nach § 2 die Möglichkeit vor, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Zudem regelt § 3 Pflegezeitgesetz einen Anspruch auf Befreiung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate als sog. Pflegezeit.

2. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld)

2.1 Grundsätze der Leistungserbringung und Anspruchsvoraussetzungen

2.1.1 Allgemeines

(1) Beschäftigte, die eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz für die Dauer von bis zu zehn Arbeitstagen in Anspruch nehmen, haben einen Anspruch auf Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen, das Pflegeunterstützungsgeld.

(2) Die kurzzeitige Freistellung von der Arbeit muss erforderlich sein, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Damit ist der Anspruch auf Akutereignisse begrenzt (z. B. die Organisation der pflegerischen Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, bei akut eingetretener Pflegebedürftigkeit oder plötzlichen Verschlimmerung einer bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit). Die Pflegesituation ist nur akut, wenn sie plötzlich, also unerwartet und unvermittelt aufgetreten ist. Regelhaft wird dies zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit und damit einmalig je Pflegebedürftigem eintreten, so dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld an weniger als 10 Arbeitstagen bestehen kann. Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld kann insofern nicht auf mehrere Zeiträume verteilt werden. Wird der Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsfreistellung von mehreren Beschäftigten für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend gemacht, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstagen begrenzt. Als Arbeitstag wird der Tag gezählt, an dem der Beschäftigte tatsächlich hätte arbeiten müssen.

(3) Ein akuter Krankheitsfall des Pflegebedürftigen (z. B. Bronchitis, Magen-/ Darmerkrankung, Fraktur, etc.) ist nicht anspruchsauslösend für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes. In diesen Fällen fehlt es grundsätzlich an der (Neu-) Organisation bzw. Sicherstellung der bedarfsgerechten Pflege, bzw. der pflegerischen Versorgung.

(4) Der vorübergehende Ausfall einer Pflegeperson (z. B. Krankheit oder Urlaub) kann nicht anspruchsbegründend für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes sein. Hierfür ist die Leistung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI vorgesehen.
In Fällen, in denen die Pflegeperson jedoch gänzlich ausscheidet und die Pflege nicht mehr erbringt (z. B. Umzug oder Tod), kann Pflegeunterstützungsgeld auf Antrag gewährt werden,

da in einem solchen Fall davon auszugehen ist, dass die pflegerische Versorgung neu zu organisieren ist.

(5) Die kurzzeitige Freistellung dient dazu, dass sich nahe Angehörige in dieser Zeit beispielsweise über die Pflegeleistungsangebote informieren oder entsprechende Leistungsanträge bei den zuständigen Behörden stellen. Die kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann ebenfalls genutzt werden, um für den pflegebedürftigen nahen Angehörigen nach einem Krankenhausaufenthalt eine sachgerechte Anschlussversorgung – z.B. durch die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes – zu organisieren.

2.1.2 Anspruchsberechtigter Personenkreis

(1) Pflegebedürftige nahe Angehörige sind gemäß § 7 Absatz 3 Nr. 1 bis 3 Pflegezeitgesetz Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Schwägerinnen oder Schwäger, eigene Kinder oder Adoptiv- oder Pflegekinder oder die des Ehegatten oder Lebenspartners sowie die Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(2) Anspruchsberechtigt sind Arbeitnehmer, die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten und Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind. Zu diesen gehören insbesondere Heimarbeiter und ihnen Gleichgestellte (vgl. § 7 Absatz 1 Nr. 1 bis 3 Pflegezeitgesetz). Arbeitnehmerähnliche Personen sind im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Pflegezeit wegen ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit sozial ebenso schutzwürdig wie Arbeitnehmer. Auch geringfügig Beschäftigte, und Rentner, die eine Beschäftigung ausüben, haben einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, wenn sie während der Arbeitsverhinderung einen Verlust an Arbeitsentgelt haben. Für Selbständige, Beamte sowie Bezieher von Leistungen nach SGB II und SGB III, die keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausüben, besteht hingegen kein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld.

2.1.3 Nachrangigkeit des Pflegeunterstützungsgeldes

Der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld ist nachrangig gegenüber Leistungen des Arbeitgebers wegen Entgeltfortzahlung und gegenüber Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V oder nach § 45 Absatz 4 SGB VII. Sofern ein solcher Anspruch besteht, hat der wegen kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz freigestellte Beschäftigte keinen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld. Dies gilt auch für Auszubildende, bei denen nach § 19 Absatz 1 Nr. 2b Berufsbildungsgesetz (BBiG) die Vergütung bis zur Dauer von sechs Wochen zu zahlen ist, wenn sie aus einem, in ihrer Person liegenden Grund unverschuldet verhindert sind, ihre Pflichten aus dem Berufsbildungsverhältnis zu erfüllen. Der bestehende Entgeltfortzahlungsanspruch durch den Arbeitgeber kann nicht abgedungen werden; ist also vorrangig vor dem Krankengeld nach § 45 SGB V zu erfüllen. Entsprechend der Anwendung des § 19 BBiG auf die Zahlung des Kinderkrankengeld ist die Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen als ein in der Person des Auszubildenden unverschuldeter Grund anzusehen. Für die Ausbildung im Gesundheitswesen findet jedoch das BBiG keine Anwendung (vgl. § 22 KrPflG, § 26 HebG, § 28 AltPflG), so dass hier die allgemeinen Voraussetzungen zum Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld gelten.

2.1.4 Antragsverfahren

(1) Das Pflegeunterstützungsgeld wird nur auf Antrag gewährt. Dieser ist unverzüglich bei der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen zu stellen. Hierdurch wird sichergestellt, dass in Fällen, in denen der Arbeitgeber auf ein entsprechendes ärztliches Attest verzichtet hat, die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zeitnah ein ärztliches Attest verlangen kann. Das erforderliche ärztliche Attest kann nachgereicht werden. Für die Vorlage des ärztlichen Attestes ist eine Kopie ausreichend. Aus dem ärztlichen Attest müssen folgende Angaben hervorgehen:

- Name des pflegebedürftigen nahen Angehörigen,
- Vorliegen der Notwendigkeit zur Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung des Pflegebedürftigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation,
- Zeitraum der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung sowie
- voraussichtliches Erfüllen der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit i.S.d. §§ 14 und 15 SGB XI, sofern noch keine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK oder den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachter getroffen wurde.

Es muss sich hierbei nicht um einen Vertragsarzt handeln. Die Kosten für die ärztliche Bescheinigung gehen zu Lasten des Antragstellers.

Die Pflegekasse des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Beschäftigten eine Entgeltbescheinigung zur Weiterleitung an den Arbeitgeber zur Verfügung. In den Fällen der Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgt kein Datenaustausch im Rahmen des Datenaustauschverfahrens Entgeltersatzleistungen mit Arbeitgebern (DTA EEL), z. B. analog dem Verfahren bei Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes. Für den Nachweis des ausgefallenen Arbeitsentgelts hat der Beschäftigte die von seinem Arbeitgeber ausgefüllte Entgeltbescheinigung zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes einzureichen. Im Falle der arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, ist die Entgeltbescheinigung durch den Auftraggeber oder dem Zwischenmeister auszufüllen.

2.2 Leistungsinhalt/ Leistungshöhe/ Zahlungsweise

(1) Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes berechnet sich nach den für die Berechnung des Kinderkrankengeldes geltenden Vorschriften nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V. Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt demnach 90 v. H. des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt des Pflegebedürftigen, bei Bezug von Einmalzahlungen in den vorangegangenen 12 Kalendermonaten 100 v. H. des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts; es darf 70 v. H. der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V nicht überschreiten (BBG KV/PV im Jahr 2016 = 141,25 EUR; 70 v. H. von 141,25 EUR = 98,88 EUR). Zu den Einzelheiten zur Berechnung der Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes erfolgen die Abstimmungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene.

Für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes ist es nicht erforderlich, dass bei dem Pflegebedürftigen nahen Angehörigen bereits Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Es muss auch nicht bereits ein Antrag des pflegebedürftigen nahen Angehörigen auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI vorliegen. Entscheidend für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes ist, dass der behandelnde Arzt des pflegebedürftigen nahen Angehörigen bestätigt hat, dass voraussichtlich die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI vorliegt.

(2) Über den Zeitraum des Bezugs und der Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes stellt die Pflegekassen dem Pflegebedürftigen eine Bescheinigung gemeinsam mit der Leistungsbewilligung aus. Die Bescheinigung enthält Angaben

- zum Beginn und Ende,
- zur Zahlungsweise (Arbeitstage oder Kalendertage) und
- zur Höhe des täglichen netto und brutto

des Pflegeunterstützungsgeldes (vergleichbar dem DTA EEL). Diese Bescheinigung hat der Anspruchsberechtigte unverzüglich seinem Arbeitgeber bzw. Auftraggeber oder Zwischenmeister für die Entgeltabrechnung und Beitragszahlung vorzulegen.

(3) Verstirbt der Pflegebedürftige während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, endet der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld mit dem Todestag. Die Pflegekasse zahlt das Pflegeunterstützungsgeld für die Zeit der kurzzeitigen Arbeitsbefreiung bis zum Todestag. Sofern das Pflegeunterstützungsgeld für den gesamten Freistellungszeitraum und damit über den Todestag hinaus ausgezahlt wurde, erfolgt keine Rückforderung des bereits zu viel gezahlten Pflegeunterstützungsgeldes.

(4) Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Arbeitsförderung sowie zur Renten- und Krankenversicherung zu entrichten. Für Anspruchsberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von der Pflegekasse und dem Pflegebedürftigen entrichtet. Privat Krankenversicherte erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c SGB V aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Pflichtmitglieder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, die von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, werden mit Beziehern von Pflegeunterstützungsgeld, für die eine Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, gleichgestellt.

Einzelheiten zur Beitragszahlung sind der gemeinsamen Verlautbarung „Versicherungs-, beitrags- und melderechtliches Auswirkungen des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI“ vom 31.08.2015 des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zu entnehmen.

2.3 Landwirtschaftliche Unternehmer

(1) Ist ein landwirtschaftliches Unternehmen i. S. d. § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aufgrund der Organisation oder Sicherstellung der bedarfsgerechten Pflege eines nahen pflegebedürftigen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation an der Führung des Unternehmens gehindert, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes eine Betriebshilfe entsprechend des § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet. Eine Erstattung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung erfolgt jedoch nicht.

(2) Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, erhalten von der Pflegekasse des pflegebedürftigen nahen Angehörigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Tagen Betriebshilfe in Höhe von 200,00 EUR je Tag Betriebshilfe. Hier besteht insofern ein Unterschied zur Bearbeitung eines Betriebshilfeanspruches eines - bei der landwirtschaftlichen Krankenkasse - pflichtversicherten land-

wirtschaftlichen Unternehmers, dass sie als Privatversicherte keine Sachleistungen von der landwirtschaftlichen Pflegekasse erhalten können, sondern eine entsprechende Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Betriebshilfe unmittelbar von dem Versicherungsträger des Pflegebedürftigen erhalten. Die Antragstellung, Bearbeitung und Kostenerstattung der selbst beschafften Betriebshilfe an privat versicherte landwirtschaftliche Unternehmer erfolgt demnach jeweils von der zuständigen Pflegekasse des Pflegebedürftigen. Aus Gründen der Praktikabilität wird für die Kostenerstattung eine bundesweit einheitliche Pauschale in Höhe von 200,00 EUR vorgesehen, es genügt der Nachweis, dass eine Betriebshilfe im Einsatz war. Als Nachweis sollte daher sowohl der Landwirt, als auch die selbstbeschaffte Betriebshilfe in schriftlicher Form den Einsatz der Betriebshilfe bestätigen (Einreichung einer schriftlichen Bestätigung unter Angabe des Einsatzzeitraumes mit Unterschrift des Landwirts und des Betriebshelfers).

2.4 Verhältnis zu anderen Vorschriften

(1) Wird die Pflege des pflegebedürftigen nahen Angehörigen aufgrund der Verhinderung der Pflegeperson durch den Beschäftigten erbracht (§ 39 SGB XI), kann der Pflegebedürftige im Rahmen der Verhinderungspflege pflegebedingten Aufwendungen in Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldes geltend machen. Der Verdienstausfall bis zu dem in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannten Leistungsbetrag in Höhe von 1.612,00 EUR kann nur in Fällen geltend gemacht werden, in denen der Beschäftigte für den geltend gemachten Zeitraum kein Pflegeunterstützungsgeld erhalten hat. Die Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstausfalls in Anspruch genommen werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrtkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des in § 39 Abs. 1 Satz 3 sowie Abs. 2 SGB XI genannten Leistungsbetrags erstattet werden (vgl. Ziffer 2.5 zu § 39 SGB XI).

(2) Die Ruhensvorschrift des § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI findet keine Anwendung. Eine dem Pflegeunterstützungsgeld vergleichbare gesetzliche Entschädigungsleistung besteht nicht nach den Regelungen des SGB VII, dem BVG und entsprechenden Versorgungsgesetzen.

(3) Die Ruhensvorschrift des § 34 Abs. 2 SGB XI finden keine Anwendung. Befindet sich der Pflegebedürftige im Zeitraum der Arbeitsfreistellung beispielsweise in einer vollstationären Krankenhausbehandlung, werden bei Vorliegen einer akuten Pflegesituation i. S. d. § 2 Abs. 1 Pflegezeitgesetz das Pflegeunterstützungsgeld gewährt.

(4) Das Pflegeunterstützungsgeld stellt eine Geldleistung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Verordnung (EG) 883/2004 dar. Daher besteht ein Anspruch auf diese Leistung bei vorübergehendem oder dauerhaftem Aufenthalt des nahen pflegebedürftigen Angehörigen bzw. des Beschäftigten im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz. Bei der Prüfung, ob § 44a SGB XI in grenzüberschreitenden Sachverhalten Anwendung findet, ist entscheidend, ob der nahe pflegebedürftige Angehörige in Deutschland pflegeversichert ist. Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, wird in einem zweiten Schritt geprüft, ob der Beschäftigte einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach deutschem Recht hat.

Beschäftigte, die im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz einkommenssteuerpflichtig sind, können durch Nachweis eines tatsächlich höheren Nettoarbeitsentgelts eine Neuberechnung des Pflegeunterstützungsgeldes beantragen, die zu einer ergänzenden Zahlung führen kann (analoge Vorgehensweise zur Berechnung von Kranken- und Mutterschaftsgeld sowie des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld bei in Deutschland versicherten Personen mit Wohnort in einem anderen Mitgliedstaat, vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA RS 2012/41 vom 31.01.2012).

(5) Da der Beschäftigte i. S. d. § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz anspruchsberechtigt ist und nicht der Versicherte, muss für die Gewährung des Pflegeunterstützungsgeldes die Vorversicherungszeit nach § 33 SGB XI nicht erfüllt sein.

(6) Hat der pflegebedürftige nahe Angehörige nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge, so erhält der Beschäftigte das Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse in entsprechender Anwendung des § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte.

(7) Das Pflegeunterstützungsgeld gilt als Einnahme zum Lebensunterhalt und wird somit als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, entsprechend berücksichtigt.

3. Längerfristige Arbeitsverhinderung

Nach § 3 Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung von bis zu sechs Monaten, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

Diese arbeitsrechtlichen Regelungen werden durch Leistungen der Pflegeversicherung flankiert, um durch die ergänzenden Versicherungsleistungen die Möglichkeiten, die das Pflegezeitgesetz für Beschäftigte eröffnet, sozial abzufedern, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Vor diesem Hintergrund wird in § 44a Abs. 1 SGB XI geregelt, dass Beschäftigte, die von ihren Rechten nach dem Pflegezeitgesetz Gebrauch machen, bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen Zuschüsse zu Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung erhalten können. Einzelheiten hierzu sind der Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 12.06.2008 (Besprechung des Arbeitskreises Versicherung und Beiträge) unter folgendem Link zu entnehmen:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/204974/publicationFile/1910/niederschrift_080612_pdf.pdf)

§ 45 SGB XI
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

1. Allgemeines

(1) Die Pflegekassen haben für ehrenamtlich Pflegende, und zwar nicht nur für Pflegepersonen im engen Sinne des § 19 SGB XI, Kurse durchzuführen, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Unbeachtlich ist auch, ob ein bereits zu pflegender Versicherter (schon) die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 SGB XI erfüllt (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 15 SGB XI) oder der Anspruch auf die Leistungen nach den §§ 36 bis 38, 39 bis 43a ruht (vgl. Ziffer 2.1 zu § 34 SGB XI). In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Pflegehilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und die "Anwerbung" neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein. Die Kurse umfassen nicht nur Hilfen zur Minderung seelischer und körperlicher Belastungen, sondern beugen ihrer Entstehung vor. Auf Wunsch der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. Dies kann z. B. der Fall sein für eine Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln oder für bestimmte Pflegetätigkeiten. In diesem Fall ist die Einwilligung des Pflegebedürftigen einzuholen. Zur Einholung der Einwilligung sind die Vorgaben nach § 114a Abs. 3a SGB XI zu beachten. Demnach muss die Einwilligung in Textform vorliegen. Aus dieser muss der Name des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift erkennbar gemacht werden. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung des hierzu Berechtigten (z. B. gesetzlicher Betreuer) einzuholen.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen durchführen oder andere Einrichtungen, wie Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereine, damit beauftragen, sofern diese hierfür geeignet sind.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der Ersatzkassen können Rahmenvereinbarungen über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse mit den die Pflegekurse durchführenden Einrichtungen abschließen. Der Abschluss dieser Rahmenvereinbarungen sollte angestrebt werden, um die Angebote sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zu koordinieren und ein möglichst breit gefächertes Spektrum flächendeckender Kurse zu erreichen.

2. Kostenfreiheit

(1) Die Teilnahme an den Pflegekursen ist für die Teilnehmer unentgeltlich. Dies gilt unabhängig davon, ob

- die Pflegekurse von der Pflegekasse selbst oder von einem beauftragten Dritten durchgeführt werden,
- eine Mitgliedschaft zur gesetzlichen Pflegeversicherung besteht.

(2) Die der Pflegekasse für die Pflegekurse entstehenden Aufwendungen dürfen nicht auf die Leistungen der Pflegeversicherung angerechnet werden, und zwar selbst dann nicht, wenn eine Schulung in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erfolgt.

§ 45a SGB XI
Angebot zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung sind

1. *Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),*

2. *Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),*

3. *Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).*

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Pflegebedürftigen nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

1. Allgemeines

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und Pflegebedürftigen zu helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Je nach Ausrichtung des Angebotes kann es sich dabei um Betreuungsangebote für den Pflegebedürftigen, Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Sie beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistung für Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorischer Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.

1.1 Betreuungsangebote

Es handelt es sich um Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit einem allgemeinen oder besonderen Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich, z. B. in Form der Tages- oder Einzelbetreuung übernehmen.

1.2 Angebote zur Entlastung von Pflegenden

Hierbei handelt es sich um Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen oder vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen. Dies kann beispielsweise in Form einer kontinuierlichen qualifizierten Pflegebegleitung oder als feste Ansprechpartner in Notsituationen erfolgen.

1.3 Angebote zur Entlastung im Alltag

Diese Angebote dienen dazu, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags, des Haushalts, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen.

1.4 Art der Angebote

Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen insbesondere

- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (z B. Alzheimergruppen),
- Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowohl für Pflegebedürftige als auch Pflegepersonen,
- Familienentlastende Dienste,
- Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen,
- Alltagsbegleitung,
- Pflegebegleitung.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass es sich um geförderte bzw. förderungsfähige Angebote nach § 45c SGB XI handelt. Das Nähere hierzu ist in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe sowie von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i.V.m. § 45d SGB XI in der jeweils gültigen Fassung geregelt. Um welche Angebote zur Unterstützung im Alltag es sich im Einzelnen handelt, bestimmt das jeweilige Land auf der Grundlage einer Rechtsverordnung. Eine Übersicht über die Angebote zur Unterstützung im Alltag einschließlich der von ihnen angebotenen Leistungen und der Höhe der hierfür erhobenen Kosten werden vom Land bzw. einer vom Land bestimmten Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen übermittelt, welche die Übersicht auf einer eigenen Internetseite veröffentlichen.

2. Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch)

2.1 Allgemeines

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können bis zu 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages nach § 36 SGB XI für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen, soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden (Umwandlungsanspruch). Anspruchsberechtigte sind Versicherte, die

- ausschließlich Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI),
- Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) oder
- ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

beziehen.

(2) Die Verwendung von bis zu 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist zu beantragen. Allein der Nachweis oder die Rechnung über in Anspruch genommene Leistungen kann im Gegensatz zum § 45b SGB XI nicht direkt als Antrag gewertet werden, da eine Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages ggf. eine Kürzung des Pflegegeldes nach sich zieht. Vor diesem Hintergrund ist der Anspruchsberechtigte hinsichtlich seiner Möglichkeiten zur Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag und die jeweiligen Auswirkungen auf seine laufenden Ansprüche zu beraten.

(3) Die Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag erfolgt auf Nachweis entsprechender Aufwendungen. Eine Verwendung von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI. Somit kann der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI entweder gleichzeitig, vor oder nach der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI genutzt werden.

Sofern sich der Pflegebedürftige für eine Art der Inanspruchnahme entschieden hat, ist er an diese Entscheidung für bereits erstattete Aufwendungen gebunden. Es erfolgt somit keine Rückabwicklung.

(4) Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI sind vorrangig abzurechnen. Erst nach erfolgter Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung kann ermittelt werden, in welchem Umfang noch Mittel für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen des § 45a Abs. 4 SGB XI zur Verfügung stehen.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 nimmt im März 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 950,00 EUR in Anspruch.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 778,80 EUR. Der Pflegebedürftige hat für ambulante Pflegesachleistungen 950,00 EUR und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Der nicht für ambulante Pflegesachleistungen verwendete Betrag in Höhe von 348,00 EUR (1.298,00 EUR – 950,00 EUR) kann für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden.

Beispiel 2

Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 nimmt im April 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 250,00 EUR in Anspruch.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 413,40 EUR. Der Pflegebedürftige hat für ambulante Pflegesachleistungen 250,00 EUR und damit weniger als 60 v. H des Leistungsbetrages § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 275,60 EUR (40 v. H. von 689,00 EUR) zur Verfügung.

Beispiel 3

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 nimmt im Februar 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 420,00 EUR in Anspruch. Für die im Februar 2017 in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 150,00 EUR reicht er im März 2017 einen Nachweis zur Erstattung der Aufwendungen ein. Im Januar und Februar 2017 hat er den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 413,40 EUR. Der Pflegebedürftige hat Pflegesachleistungen in Höhe von 420,00 EUR und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 269,00 EUR (689,00 EUR – 420,00 EUR) aus der Pflegesachleistung zur Verfügung.

Da der Pflegebedürftige in den Monaten Januar und Februar 2017 den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI nicht in Anspruch genommen hat, steht ihm dieser ebenfalls zur Erstattung der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 250,00 EUR (2 Monate x 125,00 EUR) zur Verfügung.

Der Pflegebedürftige kann wählen, ob er den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI oder den nicht verwendeten Pflegesachleistungsbetrag für die Erstattung der Aufwendungen verwendet.

Beispiel 4

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 nimmt im Mai 2017 Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 EUR in Anspruch. Im Juli 2017 reicht er einen Nachweis zur Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für den Monat Mai 2017 in Höhe von 250,00 EUR ein. Der Leistungsanspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ist für die Monate Januar bis Juni 2017 ausgeschöpft. Der Pflegebedürftige wünscht die vorrangige Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 778,80 EUR. Der Pflegebedürftige hat Pflegesachleistungen in Höhe von 1.150,00 EUR und damit mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen. Somit stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 148,00 EUR (1.298,00 EUR – 1.150,00 EUR) zur Verfügung.

Für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag steht im Juli 2017 der Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Höhe von 125,00 EUR zur Verfügung. Die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag betragen jedoch 250,00 EUR, so dass sie den zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI um 125,00 EUR übersteigen.

Da der Pflegebedürftige den Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI im Mai 2017 nicht ausgeschöpft hat, kann er den nicht verwendeten Betrag zur Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 125,00 Euro verwenden.

(5) Neben der Verwendung des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für Angebote zur Unterstützung im Alltag kann der Anspruchsberechtigte ambulante Pflegesachleistungen und ein anteiliges Pflegegeld (Kombinationsleistung) in Anspruch nehmen. Für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes gilt der im Rahmen der Kombinationsleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung.

Beispiel 5

Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2. Er nimmt im Monat Februar 2017 ambulante Pflegesachleistungen in Höhe von 350,00 EUR in Anspruch. Für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet er 150,00 EUR des Leistungshöchstbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI.

Ergebnis:

60 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages sind 413,40 EUR. Da der Anspruchsberechtigte insgesamt 72,57 v. H. (350,00 EUR + 150,00 EUR = 500,00 EUR von 689,00 EUR) des Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI für Pflegesachleistungen und die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet hat, hat er einen Anspruch auf anteiliges Pflegegeld in Höhe von 86,68 EUR (27,43 v. H. von 316,00 EUR).

(6) Unmittelbar nach der Abrechnung der Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen wird das anteilige Pflegegeld nach § 38 SGB XI ausgezahlt. Eine nachträgliche Kostenerstat-

tung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für den gleichen Abrechnungsmonat, ist mit dem bereits ausgezahlten anteiligen Pflegegeld zu verrechnen. Somit reduziert sich der Kostenerstattungsbetrag für Angebote zur Unterstützung im Alltag um das zu viel gezahlte anteilige Pflegegeld.

Beispiel 6

Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4. Im Monat Mai 2017 nimmt er Pflegesachleistungen in Höhe von 1.100,00 EUR in Anspruch. Im Juli 2017 reicht er einen Nachweis für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 250,00 EUR für den Monat Mai 2017 ein. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages.

Sachleistungsanteil (1.100,00 EUR von 1.612,00 EUR) = 68,24 v. H.

Geldleistungsanteil = 31,76 v. H.

Ergebnis:

Nachdem die Pflegekasse die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Höhe von 1.100,00 EUR abgerechnet hat, überweist sie das anteilige Pflegegeld in Höhe von 231,21 EUR (31,76 v. H. von 728,00 EUR) an den Pflegebedürftigen.

Anteil der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag am Sachleistungsanspruch
(250,00 EUR von 1.612,00 EUR) = 15,51 v. H.

Somit beträgt der Sachleistungsanteil für den Monat Mai 2017 insgesamt 83,75 v. H. (1.100,00 EUR + 250,00 EUR = 1.350,00 EUR von 1.612,00 EUR) des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Damit reduziert sich jedoch der Geldleistungsanteil auf 16,25 v. H., so dass der Pflegebedürftige lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 118,30 EUR (16,25 v. H. von 728,00 EUR) hat. Da das anteilige Pflegegeld bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 112,91 EUR (231,21 EUR – 118,30 EUR) mit der Erstattung der Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 137,09 EUR (250,00 EUR – 112,91 EUR).

(7) Anspruchsberechtigte, die ausschließlich Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI beziehen, können bis zu 40 v. H des in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrages des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden. Der für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 SGB XI gilt als Inanspruchnahme der Pflegesachleistung. Von daher ist für die Berechnung des anteiligen Pflegegeldes die Kombinationsregelung nach § 38 SGB XI entsprechend anzuwenden (vgl. Erläuterungen zu § 38 SGB XI).

Beispiel 7

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 3 beantragt im Februar 2017 die Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages ab März 2017. Im April 2017 reicht er einen Nachweis über Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 350,00 EUR für den Monat März 2017 ein.

Ergebnis:

Die Pflegekasse hat für den Monat März 2017 an den Pflegebedürftigen ein Pflegegeld in Höhe von 545,00 EUR gezahlt. Da der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI als Pflegesachleistung gilt, ist die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden.

Sachleistungsanteil (350,00 EUR von 1.298,00 EUR)	= 26,96 v. H.
Geldleistungsanteil	= 73,04 v. H.

Damit reduziert sich das bereits ausgezahlte Pflegegeld, so dass der Pflegebedürftige lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 398,07 EUR (73,04 v. H. von 545,00 EUR) hat. Da das Pflegegeld für den Monat März 2017 bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 146,93 EUR (545,00 EUR – 398,07 EUR) mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 203,07 EUR (350,00 EUR – 146,93 EUR).

2.2 Beratungseinsatz

(1) Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 45a Abs. 4 SGB XI nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI abzurufen. Insbesondere bei Pflegebedürftigen, die keine Pflegesachleistungen über einen ambulanten Pflegedienst abrufen, sollen die häuslich Pflegenden auch in diesem Fall regelmäßig Hilfestellungen und praktische pflegefachliche Unterstützung durch die Beratungseinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege erhalten. Darüber hinaus kann im Rahmen der Beratungseinsätze gemeinsam mit den Pflegebedürftigen ggf. eine individuelle Planung bezüglich der Nutzung der verschiedenen vorhandenen Kombinationsmöglichkeiten erfolgen. Jeder Pflegebedürftige, der dies wünscht, kann dadurch in die Lage versetzt werden, einen Überblick über die von ihm bezogenen Leistungen und deren Kosten sowie einen in seiner Situation optimalen Pflege-Mix erhalten.

(2) Pflegebedürftige, die den in § 36 Abs. 3 SGB XI vorgesehenen Leistungshöchstbetrag des jeweiligen Pflegegrades für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwenden, haben je nach Grad ihrer Pflegebedürftigkeit einmal halbjährlich (Pflegegrad 2 und 3) bzw. vierteljährlich (Pflegegrad 4 und 5) einen Beratungseinsatz i. S. d. § 37 Abs. 3 SGB XI nachzuweisen.

(3) Pflegebedürftige, für die der Pauschbetrag nach § 43a SGB XI gezahlt wird, und die sich an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten im Haushalt der Familie befinden, können für diese Zeiten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und Pflegegeld nach § 37 SGB XI zur Verfügung gestellt werden. Der zur Verfügung gestellte Pflegesachleistungsbetrag kann für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet wer-

den. In diesem Fall sind sie wie alle Pflegebedürftigen zum Nachweis eines Beratungseinsatzes verpflichtet.

(4) Weist der Pflegebedürftige den Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 45a Abs. 4 SGB XI nicht nach, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 37 Abs. 6 SGB XI angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall nicht vorzunehmen. Als angemessen ist eine Kürzung des Erstattungsbetrages von 50 v. H. anzusehen. Hierbei ist die Situation im Einzelfall zu berücksichtigen. Die fehlende Nachweisführung des Beratungseinsatzes ist bereits bei der Ermittlung der Höhe des tatsächlichen Anspruchs auf anteiliges Pflegegeld zu berücksichtigen. D.h., die Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag werden in gekürzter Form für die Ermittlung des Sachleistungsanteils angesetzt. Sofern ein anteiliges Pflegegeld ausgezahlt wurde, erfolgt die Verrechnung des zu viel gezahlten Pflegegeldes mit den gekürzten Angeboten zur Unterstützung im Alltag.

Von der Kürzung und dem Wegfall der Erstattung sind die Ansprüche auf die Leistungsbeträge nach § 45b Abs. 1 SGB XI in Höhe von 125,00 EUR sowie der Anspruch auf anteiliges Pflegegeld nicht betroffen.

Beispiel 1

Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4. Er hat seit Januar 2017 regelmäßig einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Im Monat August 2017 nimmt er Pflegesachleistungen in Höhe von 1.100,00 EUR in Anspruch. Im Oktober 2017 reicht er einen Nachweis für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 250,00 EUR für den Monat August 2017 ein. Der Pflegebedürftige entscheidet sich für die Verwendung des Pflegesachleistungsbetrags. Im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06.2017 wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht.

Sachleistungsanteil (1.100,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 68,24 v. H.
Geldleistungsanteil	= 31,76 v. H.

Ergebnis:

Nachdem die Pflegekasse die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Höhe von 1.100,00 EUR abgerechnet hat, überweist sie das anteilige Pflegegeld in Höhe von 231,21 EUR (31,76 v. H. von 728,00 EUR) an den Pflegebedürftigen. Da der Pflegebedürftige für ambulante Pflegesachleistungen mehr als 60 v. H. des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen hat, stehen für Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 512,00 EUR (1.612,00 EUR – 1.100,00 EUR) zur Verfügung. Da die Nachweisführung des Beratungseinsatzes nicht erfolgt, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab dem 01.08.2017 um 50 v. H. zu kürzen (50 v. H. von 250,00 EUR = 125,00 EUR).

Der Sachleistungsanteil für den Monat August 2017 beträgt somit insgesamt 75,99 v. H. (1.100,00 EUR + 125,00 EUR = 1.225,00 EUR von 1.612,00 EUR) des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Damit reduziert sich jedoch der Geldleistungsanteil auf 24,01 v. H., so dass der Pflegebedürftige lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 174,79 EUR (24,01 v. H. von 728,00 EUR) hat. Da das anteilige Pflegegeld bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 56,42 EUR (231,21 EUR – 174,79 EUR) mit der Erstattung der Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 68,58 EUR (125,00 EUR – 56,42 EUR).

Beispiel 2

Kombinationsleistung bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4. Er hat seit Januar 2017 regelmäßig einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Im Monat August 2017 nimmt er Pflegesachleistungen in Höhe von 750,00 EUR in Anspruch. Im Oktober 2017 reicht er einen Nachweis für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 700,00 EUR für den Monat August 2017 ein. Im Rahmen des § 45b Abs. 1 SGB XI besteht noch ein Anspruch in Höhe von 55,20 EUR. Im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06.2017 wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht.

Sachleistungsanteil (750,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 46,53 v. H.
Geldleistungsanteil	= 53,47 v. H.

Ergebnis:

Nachdem die Pflegekasse die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes in Höhe von 750,00 EUR abgerechnet hat, überweist sie das anteilige Pflegegeld in Höhe von 389,26 EUR (53,47 v. H. von 728,00 EUR) an den Pflegebedürftigen.

Im Rahmen des § 45b Abs. 1 SGB XI kann eine Kostenerstattung in Höhe von 55,20 EUR erfolgen. Somit ergibt sich ein Differenzbetrag von 644,80 EUR (700,00 EUR – 55,20 EUR).

Da der Pflegebedürftige für ambulante Pflegesachleistungen weniger als 60 v. H des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI in Anspruch genommen hat, stehen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag maximal 644,80 EUR (40 v. H. von 1.612,00 EUR) zur Verfügung.

Aufgrund der fehlenden Nachweisführung des Beratungseinsatzes, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab dem 01.08.2017 um 50 v. H. zu kürzen (50 v. H. von 644,80 EUR = 322,40 EUR).

Der Sachleistungsanteil für den Monat August 2017 beträgt somit insgesamt 66,53 v. H. (750,00 EUR + 322,40 EUR = 1.072,40 EUR von 1.612,00 EUR) des Leistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI. Damit reduziert sich jedoch der Geldleistungsanteil auf 33,47 v. H., so dass der Pflegebedürftige lediglich einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 243,66 EUR (33,47 v. H. von 728,00 EUR) hat. Da das anteilige Pflegegeld bereits ausgezahlt wurde, wird das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 145,60 EUR (389,26 EUR – 243,66 EUR) mit der Erstattung der Aufwendungen für die Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 176,80 EUR (322,40 EUR – 145,60 EUR).

(5) Das vorstehend beschriebene Verfahren wird nur in Gang gesetzt, wenn der Pflegebedürftige bis zu 40 v. H. des in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Leistungsbetrages regelmäßig für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Von einer Regelmäßigkeit kann dann ausgegangen werden, wenn ein Pflegebedürftiger der Pflegegrade 2 und 3 mindestens in vier Monaten im Kalenderhalbjahr Angebote zur Unterstützung i.S. des § 45a Abs. 4 SGB XI in Anspruch genommen hat; ein Pflegebedürftiger der Pflegegrade 4 und 5 mindestens in zwei Monaten im Kalendervierteljahr. Erfolgt eine geringere Inanspruchnahme im Kalenderhalbjahr (nur in drei Monaten oder noch weniger) bzw. im Kalendervierteljahr (nur in einem Monat) kann nicht von einer Regelmäßigkeit ausgegangen werden. In diesen Fällen ist ein Pflegesachleistungsbezieher (§ 36 SGB XI) oder ein Kombinationsleistungsbezieher (§ 38 SGB XI) nicht an die Durchführung des Beratungseinsatzes zu erinnern oder eine eventuelle Kürzung des Erstattungsbetrages vorzunehmen. Dem Pflegebedürftigen sollte jedoch eine Beratung angeboten werden.

(6) Verwendet ein Pflegegeldbezieher regelmäßig bis zu 40 v. H. der Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung, wird er aufgrund der Konstruktion der gesetzlichen Regelungen zu § 45a Abs. 4 SGB XI zu einem Kombinationsleistungsbezieher. Wird ein Beratungseinsatz nicht nachgewiesen, erfolgt eine Kürzung des Erstattungsbetrages für die Angebote zur Unterstützung im Alltag. Dies zieht keine Kürzung des Pflegegeldes nach sich.

Nimmt der Pflegegeldbezieher die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen aus der Pflegesachleistung nicht regelmäßig in Anspruch (im Kalenderhalbjahr nur in drei Monaten oder noch weniger bzw. im Kalendervierteljahr nur in einem Monat) ist in Hinblick auf die Zahlung des Pflegegeldes an die Durchführung des Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu erinnern. Erfolgt kein Nachweis des Beratungseinsatzes und werden die Angebote zur Unterstützung im Alltag weiterhin nicht regelmäßig in Anspruch genommen, ist eine Kürzung des Pflegegeldes vorzunehmen (vgl. Ziffer 5 zu § 37 SGB XI). In diesen Fällen sollte den Pflegebedürftigen auch eine Beratung angeboten werden.

Beispiel 3

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4 hat in den Monaten März, April und Mai 2017 erstmals einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Die für diesen Zeitraum eingereichten Nachweise für Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag hat die Pflegekasse erstattet. Im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06.2017 wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht. Es werden erneut in den Monaten August und September 2017 Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von monatlich 300,00 EUR in Anspruch genommen. Für diesen Zeitraum ist der Anspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ausgeschöpft. Auch in dem zweiten Vierteljahreszeitraum vom 01.07. bis 30.09.2017 wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht. Im Dezember 2017 reicht der Pflegegeldbezieher einen Nachweis über Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 400,00 EUR für den Monat November 2017 ein.

Ergebnis:

Der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI wird in dem Vierteljahreszeitraum vom 01.04.2017 bis zum 30.06.2017 in zwei Monaten und damit regelmäßig für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet, so dass ein Beratungsnachweis nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI zu führen ist. Da die Nachweisführung des Beratungseinsatzes im Vierteljahreszeitraum vom 01.04.2017 bis 30.06.2017 nicht erfolgt, ist die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für die Monate August und September 2017 ab dem 01.08.2017 um jeweils 50 v. H. zu kürzen (50 v. H. von 300,00 EUR = 150,00 EUR).

Der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI gilt als Pflegesachleistung, so dass die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden ist.

Sachleistungsanteil (150,00 EUR von 1.612,00 EUR)	= 9,31 v. H.
Geldleistungsanteil	= 90,69 v. H.

Das bereits ausgezahlte Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR reduziert sich daher auf einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 660,22 EUR (90,69 v. H. von 728,00 EUR). Das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 67,78 EUR (728,00 EUR – 660,22 EUR) wird mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 82,22 EUR (150,00 EUR – 67,78 EUR).

Da im Vierteljahreszeitraum vom 01.07.2017 bis 30.09.2017 ebenfalls kein Beratungsnachweis geführt wird, erfolgt ab 04.10.2017 die Mitteilung der Pflegekasse über die Einstellung der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab 01.11.2017. Somit wird für den November 2017 das Pflegegeld in Höhe von 728,00 EUR gezahlt. Jedoch werden die Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag für November 2017 nicht erstattet.

Beispiel 4

Pflegegeldbezieher des Pflegegrades 4 hat in den Monaten März, Mai und Juli 2017 einen Teil der Pflegesachleistung für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet. Erst im November 2017 nimmt er erneut Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch. Hierüber reicht er im Dezember 2017 einen Nachweis über deren Aufwendungen in Höhe von 350,00 EUR ein. Der Anspruch nach § 45b Abs. 1 SGB XI ist ausgeschöpft. Sowohl im Vierteljahreszeitraum vom 01.04. bis 30.06.2017 als auch im Vierteljahreszeitraum vom 01.07.2017 bis 30.09.2017 wird kein Nachweis über einen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 Abs. 3 SGB XI erbracht.

Ergebnis:

Der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI wird in dem Vierteljahreszeitraum vom 01.04.2017 bis 30.06.2017 in nur einem Monat (Mai 2017) für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet und damit unregelmäßig. Demzufolge hat er für diesen Vierteljahreszeitraum keinen Beratungseinsatz nach § 45a Abs. 4 SGB XI i. V. m. § 37 SGB XI zu führen, mit der Folge, dass keine Kürzung in Höhe von 50 v. H. der Erstattung für Angebote zur Unterstützung im Alltag ab dem 01.08.2017 vorzunehmen ist. Jedoch besteht durch die unregelmäßige Verwendung des Pflegesachleistungsbetrages nach § 36 Abs. 3 SGB XI für die Erstattung von Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag die Pflicht zum Nachweis eines Beratungseinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Zahlung des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI. Für den Vierteljahreszeitraum vom 01.07.2017 bis zum 30.09.2017 wird wiederum kein Nachweis erbracht. Somit ist das Pflegegeld ab dem 01.11.2017 um 50 v. H. zu kürzen. Demzufolge zahlt die Pflegekasse für November 2017 ein Pflegegeld in Höhe von 364,00 EUR (50 v. H. von 728,00 EUR).
Der fehlende Beratungseinsatz hat keine Auswirkungen auf die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im November 2017 in Höhe von 350,00 EUR.

Der für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendete Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI gilt als Pflegesachleistung, so dass die Kombinationsregelung des § 38 SGB XI anzuwenden ist.

Pflegesachleistungsanteil	= 21,71 v. H.
Geldleistungsanteil	= 78,29 v. H.

Das bereits ausgezahlte Pflegegeld in Höhe von 364,00 EUR reduziert sich daher auf einen Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 284,98 EUR (78,29 v. H. von 50 v. H. von 728,00 EUR). Das zu viel gezahlte Pflegegeld in Höhe von 79,02 EUR (364,00 EUR – 284,98 EUR) wird mit der Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag verrechnet. Die Pflegekasse erstattet dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von insgesamt 270,98 EUR (350,00 EUR – 79,02 EUR).

(7) Auf die Einzelheiten zum Beratungseinsatz, der Durchführung und des Nachweises des Beratungseinsatzes wird auf Ziffer 5 zu § 37 SGB XI verwiesen.

2.3 Zusammentreffen von Leistungen nach § 45a Abs. 4 SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege

Verwendet der Anspruchsberechtigte den Leistungsbetrag nach § 36 Abs. 3 SGB XI für die Erstattung der Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag findet § 13 Abs. 3 SGB XI Anwendung (vgl. Ziffer 6 zu § 45b SGB XI).

§ 45b SGB XI
Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. *der Tages- oder Nachtpflege,*
2. *der Kurzzeitpflege,*
3. *Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,*
4. *Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.*

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(2) Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

1. Leistungsvoraussetzungen

Pflegebedürftige i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI haben einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag.

Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege, d. h. er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in dem der Anspruchsberechtigte aufgenommen wurde. Das gilt gleichermaßen, wenn der Anspruchsberechtigte in einer Altenwohnung oder in einem Altenheim wohnt (vgl. Ziffer 1 Abs. 1 zu § 36 SGB XI).

Zum Nebeneinander des Anspruchs nach § 45b SGB XI mit Fürsorgeleistungen zur Pflege vgl. Ziffer 5 zu § 13 SGB XI.

2. Leistungsinhalt

Bei dem Entlastungsbetrag handelt es sich um einen Zuschuss, der zweckgebunden nur für die gesetzlich normierten Sachleistungsangebote, die nachfolgend genannt werden, in Betracht kommt. Hierbei handelt es sich um Angebote, die auf die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags ausgerichtet sind. Darüber hinaus soll der Entlastungsbetrag dazu beitragen, die Infrastruktur und damit das notwendige Angebot für die Pflegebedürftigen sowie deren pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern.
Der Entlastungsbetrag dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme folgender Leistungen entstehen:

- Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege

  Der Entlastungsbetrag kann zum einen die Regelleistung der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) insoweit ergänzen, als damit diese Leistungen für einen längeren Zeitraum oder in höherer Frequenz beansprucht werden können. Zum anderen können die Leistungen der Kurzzeitpflege ausschließlich durch den Entlastungsbetrag finanziert werden. Dies beispielsweise wenn der Pflegebedürftige aus den vergangenen Monaten den Entlastungsbetrag nicht genutzt hat (vgl. Ziffer 3). In diesen Fällen handelt es sich nicht um eine Inanspruchnahme der Leistungen nach § 42 SGB XI, so dass keine Anrechnung auf die Leistungsdauer und –höhe nach § 42 SGB XI erfolgt. Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI wird bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in voller Höhe weitergezahlt. Eine Anrechnung des Pflegegeldes auf den Entlastungsbetrag ist ausgeschlossen. Im Einzelfall könnte es sich anbieten, vorrangig den Entlastungsbetrag einzusetzen. Hierauf sollte insbesondere in der Beratung nach §§ 7, 7a SGB XI hingewiesen werden.

  Gefordert wird nicht, dass die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung bzw. die Kurzzeitpflegeeinrichtung ein spezielles auf den pflegebedürtigen Personenkreis ausgerichtetes Leistungsangebot bereitstellt. Die Entlastung der/des pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehender Pflegepersonen sowie infrastrukturfördernde Effekte stehen im Mittelpunkt. Maßgeblich für die Leistungsgewährung ist allein die finanzielle Eigenbelastung des Versicherten aufgrund der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege.

  Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege bzw. der Kurzzeitpflege zählen auch die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Fahr- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der

Kurzzeitpflege entstehen, zählen auch zu den erstattungsfähigen Eigenleistungen. Auch hierzu gilt die zuvor beschriebene Zielsetzung.

Beispiel

Tages-/Nachtpflege und Entlastungsbetrag

Der Pflegebedürftige (Pflegegrad 3) besucht an insgesamt 22 Tagen im April 2017 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 62,80 EUR.

Berechnung des Entgelts:

62,80 EUR x 22 Tage = 1.381,60 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 1.298,00 EUR zur Verfügung stellen. Auf Antrag des Pflegebedürftigen erstattet die Pflegekasse die Differenz in Höhe von 83,60 EUR (1.381,60 EUR – 1.298,00 EUR) als Entlastungsbetrag, da der Pflegebedürftige von Januar 2017 bis April 2017 insgesamt einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag im Umfang von bis zu 500,00 EUR (125,00 EUR x 4 Monate) erworben hat. Es besteht noch ein Restanspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 416,40 EUR (500,00 EUR – 83,60 EUR).

- Zugelassene Pflegedienste.

  Der Entlastungsbetrag kann für die Erstattung von Leistungen ambulanter Pflegedienste nach § 36 SGB XI verwendet werden. Die Leistungen können sich dabei auf die Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erstrecken. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 erfolgt jedoch keine Erstattung von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung nach § 14 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI entstehen. Um den Bedarf an Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung abzudecken, steht diesem Personenkreis jeweils der Pflegesachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI zur Verfügung. Diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Diese können den Entlastungsbetrag hingegen auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstehen.

- Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI (vgl. Ziff. 1 zu § 45a SGB XI)

Die Erstattung der Aufwendung erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- entsprechenden Angebote zugelassener Pflegedienste,
- anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag

Mittel der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eingesetzt werden.

Ein Anspruch auf den Entlastungsbetrag besteht beispielsweise dann, wenn die Leistungen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft sind und der Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 wei-

terhin in der Einrichtung der Kurzzeitpflege verbleibt, die Finanzierung nunmehr aber im Rahmen der Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erfolgt. Gleiches gilt, wenn anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden (z. B. Freizeiten für Menschen mit Behinderung).

3. Leistungsumfang und Zahlung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 haben einen Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125,00 EUR monatlich.

(2) Die Leistungsansprüche sind als monatliche Ansprüche ausgewiesen, um der Zielsetzung einer regelmäßig fortlaufenden Betreuung Ausdruck zu verleihen. Hierbei ist § 41 SGB I maßgeblich, wonach Ansprüche auf Sozialleistungen erst mit ihrem Entstehen fällig werden. Ein Zugriff auf zukünftig entstehende Leistungsansprüche ist deshalb nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden.

Beispiel 1

Tages-/Nachtpflege und Entlastungsbetrag

Der Pflegebedürftige (Pflegegrad 2) besucht an insgesamt 19 Tagen im März 2017 eine Tagespflegeeinrichtung. Diese berechnet einen täglichen Pflegesatz in Höhe von 65,50 EUR. Bereits im Januar 2017 wurde der Entlastungsbetrag beantragt.

Berechnung des Entgelts:

65,50 EUR x 19 Tage = 1.244,50 EUR

Ermittlung des Leistungsanspruchs:

Die Pflegekasse kann nach § 41 SGB XI 689,00 EUR zur Verfügung stellen. Auf Antrag des Pflegebedürftigen können mit dem erworbenen Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI von Januar 2017 bis März 2017 darüber hinaus Leistungen in Höhe von 375,00 EUR (125,00 EUR x 3 Monate) erstattet werden. Dem Pflegebedürftigen entsteht ein Eigenanteil in Höhe von 180,50 EUR (1.244,50 EUR – 689,00 EUR – 375,00 EUR). Dieser Restbetrag kann mit dem Anspruch auf den Entlastungsbetrag in den Folgemonaten (April 2017 bis Dezember 2017) aufgefangen werden.

(3) Die Erstattung erfolgt gegen Nachweis entsprechender Aufwendungen und ergänzt bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis 5 die ambulanten Leistungen (Pflegegeld, Pflegesachleistung, Kombinationsleistung) sowie die teil- bzw. stationären Leistungen (Tages-/Nachtpflege, Kurzzeitpflege). Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die Leistungen nach § 43a SGB XI erhalten und den Entlastungsbetrag während der Betreuung an den Wochenenden oder in den Ferienzeiten in der Familie in Anspruch nehmen. Für Pflegebedürftige des Pflegegerades 1 ergänzt der Entlastungsbetrag die nach § 28a SGB XI gewährten ambulanten Leistungen. Für Beihilfeberechtigte gilt § 28 Abs. 2 SGB XI entsprechend (vgl. Ziffer 2 zu § 28 SGB XI).

(4) Einer gesonderten Antragstellung vor der erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages bedarf es nicht. Vielmehr ist ausreichend, wenn der Antrag auf Erstattung der Kosten nachträglich eingereicht wird. Der Anspruch entsteht mit Vorliegen der Anspruchsvo-

raussetzungen, also mit Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit i. S. v. §§ 14, 15 SGB XI und häuslicher Pflege. Wird ein Nachweis über die erbrachten Aufwendungen für die in § 45b Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB XI genannten Leistungen eingereicht, ist dies als Antrag zu werten.

(5) Erfüllt der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Entlastungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat zur Verfügung zu stellen, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird. Der Entlastungsbetrag kann nicht für Leistungen verwendet werden, die vor der Leistungsbewilligung in Anspruch genommen worden sind.

Beispiel 2

Ein Versicherter erfüllt ab 15.04.2017 die Anspruchsvoraussetzungen einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 und wird in der Häuslichkeit gepflegt.

Ab April 2017 kann der Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag monatlich in Höhe von bis zu 125,00 EUR in Anspruch nehmen.

4. Übertragung nicht in Anspruch genommener Beträge

Die in einem Kalenderjahr von dem Versicherten nicht in Anspruch genommenen Beträge werden auf das nächste Kalenderhalbjahr übertragen. Ein Antrag des Versicherten ist hierzu nicht erforderlich. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Leistungsanspruch nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch mit dem 30.06. Im 1. Halbjahr eines Kalenderjahres sind deshalb ggf. aus dem Vorjahr übertragene Ansprüche vorrangig zur Erstattung von Aufwendungen einzusetzen. Für nicht in Anspruch genommene Beträge aus den Jahren 2015 und 2016 wurde die Möglichkeit der Übertragbarkeit bis zum 31.12.2018 ausgeweitet (vgl. Ziffer 3 zu § 144 SGB XI).

5. Vergütungshöhe

Die von den Leistungserbringern erbrachten Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI dürfen mit den Pflegekassen für vergleichbare Leistungen ausgehandelten Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Vergleichsmaßstab ist dabei die jeweils für den betreffenden ambulanten Pflegedienst gültige Vergütungsvereinbarung.

6. Zusammentreffen mit Fürsorgeleistungen der Hilfe zur Pflege

Der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege wird insoweit durchbrochen, als der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege grundsätzlich keine Berücksichtigung findet. Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander (vgl. hierzu Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8.10.2008, Rundschreiben Nr. 2008/141 des GKV-Spitzenverbandes). Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Regelungen Leistungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Entlastungsbetrag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

§ 45c SGB XI
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

(1*) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr*

1. *den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,*
2. *den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie*
3. *Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße struktureller Weiterentwicklung bedarf.*

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist.

(4) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden. Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe konkret benannt werden, im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die entsprechend benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und stellt anschließend fest, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen. Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzie-

rungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung.

1. Allgemeines

Diese Regelung zielt darauf ab, verstärkt Pflegearrangements zu entwickeln, die insbesondere für an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen sowie von anderen Gruppen Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen und vergleichbar Nahestehende mehr Lebensqualität schaffen. So sollen beispielsweise der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung der Pflegebedürftigen übernehmen können (Betreuungsangebote), gefördert sowie Versorgungskonzepte und -strukturen weiter entwickelt werden. Von der Förderung umfasst sind ebenso Angebote, die der Deckung des Bedarfs der Pflegebedürftigen an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der Hauswirtschaft, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfe dienen (Angebote zur Entlastung im Alltag) oder dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten (Angebote zur Entlastung von Pflegenden). Ebenfalls sollen ehrenamtliche Strukturen gefördert werden.

Zu den Voraussetzungen und Zielen sowie zur Dauer, zu Inhalten und zur Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für

- die Angebote zur Unterstützung im Alltag,
- die Modellprojekte,
- die Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken sowie
- ehrenamtlicher Strukturen

beschließt der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Empfehlungen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI. In diesen ist auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung der Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel genügen muss. Der Empfehlung stimmen das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie die Länder zu.

Die finanziellen Mittel werden unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Da die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung eine finanzielle Beteiligung der Länder voraussetzt, haben die Länder das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen durch Rechtsverordnung zu regeln. Dies gilt nicht für die Beteiligung der Pflegekassen an regionalen Netzwerken.

§ 45d SGB XI
Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und - kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahenstehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Abs. 7 Satz 5 gilt entsprechend.

1. Allgemeines

Die Selbsthilfe wird in den Kreis der förderungsfähigen Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI sowohl für Pflegebedürftige und deren Angehörige und vergleichbar Nahestehende einbezogen.

Die Höhe der Förderung zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben, ist auf 0,10 EUR pro Versicherter festgelegt. Wie bisher tragen die Länder und Kommunen für die Fördermöglichkeiten im Rahmen der Modellförderung nach § 45c SGB XI die Steuerungsverantwortung. Die Förderung ist zweckgebunden und stellt eine zusätzliche Fördermöglichkeit dar. Die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d SGB XI ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h SGB V erfolgt.

2. Abgrenzung zur Förderung nach § 20h SGB V

Antragsteller, die Fördermittel nach § 45d SGB XI beantragen, müssen sich grundsätzlich an die Länder und Kommunen wenden. Über die konkrete Förderung entscheiden nach entsprechender Antragsprüfung von den Ländern bestimmte Stellen, in denen auch Vertreter der Pflegekassen/-verbände mitwirken. Fördermittel nach § 45d SGB XI werden erst dann aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt, wenn die Länder mit den Landesverbänden der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hierüber Einvernehmen hergestellt haben. Viele Länder sehen vor, dass die Förderung nach § 45d SGB XI als Zuschuss in die Förderung von Seniorennetzwerken oder für Pflegebegleiter-Initiativen (mit entgeltlichen Dienstleistungen) fließt. Würden die bislang über § 20h SGB V geförderten Antragsteller auf die Förderung nach § 45d SGB XI verwiesen, könnte dies zur Folge haben, dass Anträge aufgrund der Ausgestaltung der Förderung auf Landesebene ins Leere laufen.

Für den Fall, dass sich Antragsteller, die bislang Fördermittel nach § 45d SGB XI erhalten haben, erstmals an die GKV-Gemeinschaftsförderungen oder auch die Krankenkassen/-verbände mit Projektanträgen wenden, wird empfohlen, diese Anträge vor allem im Hinblick darauf zu prüfen, ob die Anträge nicht nur die Förderzwecke, sondern auch die sonstigen Fördervoraussetzungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung (abrufbar auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de) erfüllen. Geprüft werden muss u.a., ob die beantragten Angebote tatsächlich vom Selbsthilfeprinzip getragen werden. Zu beachten ist auch, dass der Leitfaden zur Selbsthilfeförderung bestimmte Antragsteller, wie u.a. Wohlfahrtsverbände, von der Förderung ausschließt. Eine Förderung nach § 20h SGB V ist z. B. zudem nicht für indikationsspezifische Selbsthilfekontaktstellen zum Thema „Pflege“ möglich. Um Doppelförderungen zu vermeiden, ist daher unverzichtbar, dass Antragsteller in ihren Unterlagen unter „geplante Einnahmen“ transparent machen, ob und wo sie weitere Fördermittel beantragt haben – dies gilt sowohl für die Pauschal- als auch für die Projektförderung.

§ 45e SGB XI
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

1. Allgemeines

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 bis 5, die die Anspruchsvoraussetzungen des § 38a SGB XI erfüllen, erhalten zusätzlich zu dem Wohngruppenzuschlag von 214,00 EUR monatlich und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Abs. 4 SGB XI einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2.500,00 EUR, wenn sie an der Neugründung der Wohngruppe beteiligt sind. Der Anspruch besteht für neu gegründete ambulant betreute Wohngruppen und endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt mitteilt, dass mit der Förderung die Gesamthöhe von 30 Mio. EUR erreicht worden ist.

2. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

(1) Voraussetzung für den Anspruch ist die Neugründung einer Wohngruppe nach § 38a SGB XI (vgl. Ziffer 2 zu § 38a SGB XI).

(2) Die Neugründung muss von mindestens drei Pflegebedürftigen erfolgen. Für Pflegebedürftige in bereits bestehenden Wohngruppen besteht hingegen kein Anspruch auf den Förderbetrag.

Der Antrag muss innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gestellt werden.

(3) Der Förderbetrag ist für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zu verwenden. Förderfähig ist nur die Umgestaltung bestehenden Wohnraums. Abweichend zu § 40 Abs. 4 SGB XI kommt es nicht auf die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen an. Gefördert werden können alle Maßnahmen, die auf die dauerhafte Verbesserung der altersgerechten Wohnsituation zielen (z. B. Anbringen von Handläufen, Türvergrößerungen, rutschhemmender Bodenbelag, Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe). Förderfähig sind auch Umbaumaßnahmen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI anerkannt werden können (vgl. Ziffer 8 zu § 40 SGB XI). Die Umbaumaßnahme kann auch erfol-

gen, bevor mit der Neugründung der ambulant betreuten Wohngruppe und dem Einzug in die gemeinsame Wohnung ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI besteht. Eine Erstattung der Kosten der Umbaumaßnahmen kann jedoch erst nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen des § 38a SGB XI erfolgen.

(4) Der Anspruch nach § 45e SGB XI setzt nicht voraus, dass vorher der Anspruch nach § 40 Abs. 4 SGB XI ausgeschöpft wird. Da die Leistungen nach § 40 Abs. 4 SGB XI die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen voraussetzt (vgl. Ziffer 2.1 zu § 40 SGB XI), kann es für die Pflegebedürftigen sinnvoll sein, zunächst den Anspruch nach § 45e SGB XI geltend zu machen. Insgesamt können die Gesamtkosten der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der Höchstgrenze der jeweiligen Zuschüsse nach §§ 40 Abs. 4 und 45e Abs. 1 SGB XI übernommen werden.

(5) Die Förderung beträgt pro Pflegebedürftigen in der Wohngruppe maximal 2.500,00 EUR und ist je Wohngruppe auf maximal 10.000,00 EUR begrenzt. Bei mehr als vier anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen sind die Gesamtkosten gleichmäßig auf die Pflegebedürftigen aufzuteilen.

(6) Die beteiligten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erstatten von den Gesamtkosten einen gleichmäßigen Anteil. Dieser Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der Pflegebedürftigen, die in der Wohngruppe leben. Zur Abrechnung ist dem antragstellenden Pflegebedürftigen für jeden pflegebedürftigen Mitbewohner der Wohngruppe von der erstangegangenen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen eine Kopie der Originalrechnung mit der Bestätigung zur Verfügung zu stellen, dass der Originalbeleg vorliegt. Auf der Kopie der Rechnung ist die Höhe des Erstattungsbetrages, die Einhaltung der Frist und die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Wohngruppe zu vermerken.

§ 87a SGB XI
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner aufgrund der Entwicklung seines Zustandes einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens fünf vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 ist. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 eingestuft wird.

1. Allgemeines

Mit dieser Regelung wird kein Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Pflegekasse geregelt. § 87a SGB XI bestimmt die Berechnung und Zahlung des Gesamtheimentgeltes, insbesondere bei Auszug und Tod des Heimbewohners, bei dessen Umzug in eine andere vollstationäre Pflegeeinrichtung, bei dessen Abwesenheit, im Falle der Aufforderung der Pflegeeinrichtung zur Stellung eines Höherstufungsantrages (vgl. Ziffer 6 bis 8 zu § 43 SGB XI) sowie eines Bonus bei Herabstufung nach Durchführung aktivierender und rehabilitativer Maßnahmen. Das in den genannten Fällen berechnete Heimentgelt ist die Höhe des Anspruchs des Einrichtungsträgers gegenüber dem Heimbewohner bzw. dessen Kostenträger. Abweichende Regelungen zwischen der Pflegeeinrichtung zu dem Heimbewohner und dessen Kostenträger sind nichtig. Der Anspruch der Pflegeeinrichtung gegenüber der Pflegekasse ist jedoch auf die in § 43 Abs 2 SGB XI festgelegten Höchstbeträge begrenzt (vgl. Ziffer 2 zu § 43 SGB XI).

2. Bonuszahlung nach § 87a Abs. 4 SGB XI

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 SGB XI erbringen, erhalten von der Pflegekasse eine Bonuszahlung in Höhe von 2.952,00 EUR, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass keine Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI vorliegt. Die Bonuszahlung setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung spezielle eigene aktivierende oder rehabilitative Maßnahmen anbietet und der Pflegebedürftige, für den sich eine entsprechende Herabstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder die Feststellung des Nichtvorliegens der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI ergibt, an diesen Angeboten nachweislich teilgenommen hat. Weitergehende Feststellungen, ob diese Angebote ursächlich für die Herabstufung waren, sind nicht erforderlich. Die Teilnahme etwa an Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der Sphäre der Einrichtung und in diesem Zusammenhang die Herabstufung in einen niedrigeren Pflegegrad führt hingegen nicht zur Zahlung des Bonus.

Die Zahlung des Bonus erfolgt auf Anforderung der Pflegeeinrichtung. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI eingestuft wird. Für Beihilfeberechtigte erfolgt eine hälftige Zahlung an die Pflegeeinrichtung (vgl. § 39 Abs. 5 Bundesbeihilfeverordnung).

Für Pflegebedürftige, die nach § 140 SGB XI zum 01.01.2017 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, findet die Regelung der Bonuszahlung keine Anwendung, da in diesen Fällen keine Rückstufung erfolgt.

§ 91 SGB XI
Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

(2) Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. Eine weiter gehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Pflegebedürftige, die nach Maßgabe dieses Buches bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind.

(4) Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind von der Pflegekasse und der Pflegeeinrichtung rechtzeitig auf Rechtsfolgen der Absätze 2 und 3 hinzuweisen.

1. Allgemeines

Die häuslichen Pflegeeinsätze von Sozialstationen und anderen ambulanten Pflegediensten sowie die teil- und vollstationären Pflegeleistungen werden als Dienst- oder Sachleistungen von den Pflegekassen – bis zum jeweiligen Höchstwert – unmittelbar den Trägern der Pflegeeinrichtungen vergütet. Hiervon macht § 91 SGB XI eine Ausnahme für Pflegeeinrichtungen, die bewusst auf den Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen verzichten oder mit denen eine solche Vereinbarung – z. B. wegen unangemessener Forderungen – nicht zustande kommt.

2. Leistungsumfang

(1) Die Erstattung richtet sich nach der Höhe des individuellen Leistungsanspruchs des Pflegebedürftigen nach den §§ 36, 38 und 41 bis 43 SGB XI und beträgt höchstens 80 v. H. der tatsächlich entstandenen Aufwendungen, max. jedoch 80 v. H. der Höchstwerte nach den §§ 36, 41, 42 und 43 SGB XI. Sofern Leistungen der vollstationären Pflege beansprucht werden, beträgt der Leistungsanspruch 80 v. H. der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage. Die eingangs beschriebene Verfahrensweise gilt auch bei Beihilfeempfängern. Vom ermittelten Leistungsanspruch übernimmt die Pflegekasse die Hälfte. Die Kombinationsleistung wird auch bei Beihilfeempfängern auf der Grundlage des § 38 SGB XI (vgl. Ziffer 1 zu § 38 SGB XI) ermittelt und der Anteil der Sachleistung (tatsächlich entstandene Aufwendungen bzw. die Höchstwerte) auf 80 v. H. begrenzt, nicht hingegen das Pflegegeld. Die Pflegekasse gewährt die dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungen zur Hälfte. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist aber davon abhängig, dass es sich bei der in Anspruch genommenen Einrichtung um eine Vertragseinrichtung nach den §§ 71, 72 SGB XI handelt.

(2) Der von der Pflegekasse nicht erstattete Vergütungsteil kann nicht von einem Träger der Sozialhilfe übernommen werden.

(3) Die in Anspruch genommene Pflegeeinrichtung hat die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und ihren Lebenspartner rechtzeitig darauf hinzuweisen, dass sie lediglich einen be-

grenzten Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Pflegekasse und keinen Anspruch auf Erstattung des Differenzbetrages durch einen Träger der Sozialhilfe haben.

§ 140 SGB XI
Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts.

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. *bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und*

2. *bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,*

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. *Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, festgestellt wurde, werden übergeleitet*

   a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
   b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
   c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
   d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;

2. *Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet*

   a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,

   b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

   c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

   d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades

oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

1. Allgemeines

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung erforderlichen Voraussetzungen (z. B. Vorliegen der Vorversicherungszeiten) erfolgt auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Wird ein Antrag auf Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit demzufolge bis zum 31.12.2016 gestellt, so findet das bis zum 31.12.2016 geltende Begutachtungsverfahren Anwendung. Bei einer Antragsstellung ab dem 01.01.2017 finden hingegen die neuen Begutachtungs-Richtlinien Anwendung. Der Zeitpunkt der Antragsstellung ist maßgeblich für das gesamte Verfahren von der Antragstellung über die Begutachtung bis hin zum Erlass des Leistungsbescheids und gilt auch für nachfolgende Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren. Für den Zeitpunkt der Antragstellung ist der Eingang des Antrags bei der Pflegekasse maßgeblich.

Beispiel 1

Versicherter stellt einen erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen.

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 22.12.2016
Begutachtung	am 26.01.2017
Bescheiderteilung	am 01.02.2017

Ergebnis:

Obwohl die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit am 26.01.2017 erfolgt, finden die bis zum 31.12.2016 geltenden Begutachtungs-Richtlinien Anwendung. Maßgeblich für das anzuwendende Recht ist nicht der Zeitpunkt der Begutachtung, sondern der Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Pflegekasse am 22.12.2016.

Beispiel 2

Versicherter stellt einen erstmaligen Antrag auf Pflegeleistungen

Eingang des Antrags bei Pflegekasse	am 02.01.2017
Begutachtung	am 06.02.2017
Bescheiderteilung	am 10.02.2017

Ergebnis:

Da der Antrag des Versicherten am 02.01.2017 bei der Pflegekasse eingegangen ist, finden die ab 01.01.2017 gültigen Begutachtungs-Richtlinien Anwendung.

(2) Versicherte, bei denen Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI nach dem am 31.12.2016 geltenden Recht bereits festgestellt wurde und die die Voraussetzung für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung nach dem SGB XI erfüllen, sind ohne Antragstellung und ohne erneute Begutachtung durch den MDK oder einem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter ab dem 01.01.2017 einem Pflegegrad zuzuordnen. Dabei ist ausreichend, dass der Anspruch dem Grunde nach besteht. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen.

2. Zuordnung der Pflegegrade

Pflegebedürftige, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI des bis zum 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen, sind ab dem 01.01.2017

- von der Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
- von der Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
- von der Pflegestufe III in den Pflegegrad 4

überzuleiten (so genannter einfacher Stufensprung).

Soweit die Voraussetzungen eines Härtefalls (§ 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI) nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen, ist der Pflegebedürftige ab dem 01.01.2017 dem Pflegegrad 5 zuzuordnen.

Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, sind ab dem 01.01.2017 regelhaft einen Pflegegrad höher einzustufen als Pflegebedürftige, bei denen ausschließlich die Anspruchsvoraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI des am 31.12.2016 geltenden Rechts vorliegen. Sie sind ab dem 01.01.2017

- beim Vorliegen der Pflegestufe 0 in den Pflegegrad 2,
- beim Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3,
- beim Vorliegen der Pflegestufe II in den Pflegegrad 4,
- beim Vorliegen der Pflegestufe III bzw. eines Härtefalles (§ 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI) in den Pflegegrad 5

überzuleiten (sogenannter doppelter Stufensprung).

3. Besitzstandsschutz

(1) Pflegebedürftige, die zum 01.01.2017 in einen Pflegegrad übergeleitet werden, verbleiben grundsätzlich in diesem auf Dauer. Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren (vgl. Ziffer 2.2. zu § 33 SGB XI). Wird ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt, verbleibt der Pflegebedürftige in dem übergeleiteten Pflegegrad (vgl. § 140 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Erfolgt die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (mehr) vorliegt, sind die Leistungen der Pflegeversicherung für die Zukunft einzustellen.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung Pflegegrad 4 durch MDK	am 29.03.2017
Pflegegrad 4 liegt vor seit	am 02.02.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde ein im Vergleich zur Überleitung höherer Pflegegrad festgestellt. Insofern ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu gewähren (§ 48 SGB X). Die Leistungen nach dem Pflegegrad 4 sind daher ab 02.02.2017 zu gewähren.

Beispiel 2

Pflegebedürftiger der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung Pflegegrad 2 durch MDK	am 29.03.2017
Pflegegrad 2 liegt vor seit	am 03.03.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde ein im Vergleich zur Überleitung niedrigerer Pflegegrad festgestellt. Aufgrund des Besitzstandsschutzes nach § 140 Abs. 3 SGB XI bleibt die Zuordnung zu dem zum 01.01.2017 übergeleiteten Pflegegrad erhalten. Der Pflegebedürftige verbleibt im Pflegegrad 3.

Beispiel 3

Pflegebedürftiger der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Antrag auf Höherstufung	am 03.03.2017
Feststellung durch MDK, dass die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit seit 01.03.2017 nicht mehr vorliegen	am 29.03.2017

Ergebnis:

Im Rahmen der erneuten Begutachtung wurde festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Insofern besteht kein Besitzstandsschutz. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind daher für die Zukunft einzustellen.

(2) Der durch die Überleitung zum 01.01.2017 erworbene Besitzstandsschutz bleibt auch bei einem Wechsel der Pflegekasse nach dem 01.01.2017 erhalten, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar an die Mitgliedschaft der vorherigen Pflegekasse anschließt. Ein neuer Antrag auf Pflegeleistungen ist nicht erforderlich. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, hat der neu zuständigen Pflegekasse die bisherige Einstufung des Pflegebedürftigen rechtzeitig schriftlich mitzuteilen.

4. Änderung der tatsächlichen Verhältnisse für Zeiten vor dem 01.01.2017

(1) Stellen Pflegebedürftige, die zum 01.01.2017 in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, einen Antrag auf Höherstufung und ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen für diesen Zeitraum nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht.

Beispiel

Pflegebedürftiger der Pflegestufe III wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Am 13.01.2017 beantragt er die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MDK stellt am 24.01.2017 das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 ab 28.11.2016 fest. Für die Monate November und Dezember 2016 wurde ein Pflegegeld jeweils in Höhe von 728,00 EUR sowie ein Wohngruppenzuschlag in Höhe von jeweils 205,00 EUR gezahlt.

Berechnung des Pflegegeldanspruchs:

vom 01.11.2016 bis 27.11.2016	= 728,00 EUR x 27 : 30	= 655,20 EUR
vom 28.11.2016 bis 30.11.2016	= 901,00 EUR x 3 : 30	= 90,10 EUR
Gesamt		= 745,30 EUR
vom 01.12.2016 bis 31.12.2016		= 901,00 EUR
vom 01.01.2017 bis 31.01.2017		= 901,00 EUR

Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeld zu verrechnen.
Berechnung des Wohngruppenzuschlags

November 2016	= 214,00 EUR
Dezember 2016	= 214,00 EUR

Die Ansprüche sind mit dem bereits ausgezahlten Wohngruppenzuschlag zu verrechnen.

Ergebnis:

Ab dem 28.11.2016 sind Leistungen in Höhe des Pflegegrades 5 zu gewähren.

(2) Ergibt die Prüfung, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 01.11.2016 vorlagen, werden die höheren Leistungen des neu festgestellten Pflegegrades erst ab dem 01.11.2016 zur Verfügung gestellt.

(3) Wird bei einer Begutachtung im Jahr 2017 festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, wird der im Januar 2017 ermittelte Bestandschutz weitergewährt und nicht neu berechnet (vgl. Ziffer 4.2 zu § 141 SGB XI).

Beispiel 3

Pflegebedürftiger der Pflegestufe II, der sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befindet, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Am 20.01.2017 beantragt er die Zuordnung in einen höheren Pflegegrad. Der MDK stellt am 24.01.2017 fest, dass Pflegegrad 4 bereits seit dem 03.12.2016 vorliegt. Für den Monat Dezember 2016 wurden vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI in Höhe von 1.330,00 EUR gewährt.

Ergebnis:

Für den Monat Dezember 2016 wurden Leistungen nach § 43 SGB XI (nach dem bis 31.12.2016 geltenden Recht) in Höhe von 1.330,00 EUR gewährt. Da Pflegebedürftigkeit in Höhe des Pflegegrades 4 jedoch tatsächlich ab dem 03.12.2016 vorlag, wird für den Monat Dezember 2016 ein Differenzbetrag in Höhe von 445,00 EUR (1.775,00 EUR – 1.330,00 EUR) gewährt. Da tatsächlich keine Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe in Dezember 2016 erfolgte, sondern lediglich ein leistungsrechtlicher Ausgleich gezahlt wurde, verbleibt es bei der Rechnungslegung der Einrichtung bei der Pflegestufe II auf Grundlage der bis zum 31.12.2016 geltenden Vergütungsvereinbarung.

(4) Im Sinne des Versicherten findet die Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI keine Anwendung auf den erhöhten Betrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung. Für November und Dezember 2016 besteht Anspruch auf den erhöhten Betrag in Höhe von 208,00 EUR. Dieser Betrag steht auch Anspruchsberechtigten für eine Erstattung von Leistungen zur Verfügung, kann aber auch angespart werden.

§ 141 SGB XI
Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. *die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und*
2. *deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,*

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlags nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit. Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(3a) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016

Leistungen nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthaltes auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten, monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

1. Allgemeines

Diese Vorschrift regelt den Besitzstandsschutz für regelmäßig wiederkehrende Leistungen der Pflegeversicherung, die den Leistungsberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das ab 01.01.2017 geltende Recht zustehen. Damit wird sichergestellt, dass kein Leistungsberechtigter nach der Überleitung in einen Pflegegrad niedrigere Leistungsansprüche hat.

Darüber hinaus wird der Besitzstandsschutz zur sozialen Sicherung der Pflegeperson geregelt (§ 141 Abs. 4 und 5 SGB XI). Einzelheiten hierzu werden derzeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. verhandelt.

2. Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege

Der Besitzstandsschutz im Bereich der häuslichen Pflege bezieht sich auf regelmäßig wiederkehrenden Leistungen:

- Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI
- Pflegegeld nach § 37 SGB XI
- Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI
- für den Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI
- zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44a Abs. 1 SGB XI (Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung)
- zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI in Höhe des Grundbetrages von 104,00 EUR (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung)
- verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 123 SGB XI (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung)
- Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI (bis zum 31.12.2016 geltende Fassung).

Der Besitzstandsschutz bezieht sich auf die jeweiligen Leistungshöchstbeträge der oben genannten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe zum Umstellungszeitpunkt, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug. Kommt es zu einer Leistungsumstellung im häuslichen Bereich, werden ebenfalls die jeweiligen Leistungshöchstbeträge aus 2016 als Vergleichswerte herangezogen.

Die neuen Leistungsbeträge liegen aufgrund der Überleitungsregelungen des § 140 SGB XI über den bisherigen Leistungsbeträgen oder bleiben gleich. Daher findet die Regelung zunächst keine Anwendung.

Beispiel

Pflegegeldbezieher der Pflegestufe II mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in einer Wohngruppe nach § 38a SGB XI wird übergeleitet in Pflegegrad 4. Er nimmt regelmäßig niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch.

Ansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegegeld	545,00 EUR	728,00 EUR
Wohngruppenzuschlag	205,00 EUR	214,00 EUR
Betreuungs- und Entlastungsleistungen/ Entlastungsbetrag	104,00 EUR	125,00 EUR

Ergebnis:

Die Besitzstandsregelung kommt nicht zum Tragen, da die Leistungshöchstbeträge ab 01.01.2017 höher sind.

Für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht neben dem Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 141 Abs. 1 SGB XI. In diesen Fällen können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin in Anspruch genommen werden, ohne dass durch den MDK nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist (vgl. Ziffer 2.6 zu § 38a SGB XI).

Bei einmaligen Leistungen, wie z. B. Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI und Pflegeunterstützungsgeld nach § 44 Abs. 3 SGB XI, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39

SGB XI hat der Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der jeweilige Leistungsbetrag nicht verändert wird.

Der Besitzstand gilt sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflegeversicherung.

3. Besitzstandsrecht bei Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung

(1) § 141 Abs. 2 SGB XI regelt den Besitzstandsschutz für Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b SGB XI haben. Sind die dem Pflegebedürftigen zustehenden Leistungsansprüche nach §§ 36, 37 oder § 41 SGB XI ab dem 01.01.2017 nicht um jeweils mindestens 83,00 EUR höher als die am 31.12.2016 bestehenden Ansprüche, erhalten sie Besitzstandsschutz in Form eines Zuschlags auf den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung. Die erhöhten Leistungsbeträge nach § 123 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung sind dabei in die vergleichende Betrachtung mit einzubeziehen.

(2) Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31.12.2016 geltenden erhöhten Betrag (208,00 EUR) und dem Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 1 SGB XI in der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung (125,00 EUR). Somit ergibt sich zum 01.01.2017 ein monatlicher Zuschlag in Höhe von 83,00 EUR. Wird der Entlastungsbetrag zukünftig angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets ein Anspruch in Höhe von bis zu 208,00 EUR monatlich für Leistungen nach § 45b SGB XI besteht.

Beispiel 1

Ein Pflegesachleistungsbezieher der Pflegestufe III, bei dem ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 EUR	1.995,00 EUR

Ergebnis:

Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 EUR. Da der Höchstleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 EUR höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, besteht Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 EUR.

Beispiel 2

Ein Pflegesachleistungsbezieher der Pflegestufe III, bei dem ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet. Der Versicherte nimmt ebenfalls Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI in Anspruch.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 EUR	1.995,00 EUR
Tagespflege	1.612,00 EUR	1.995,00 EUR

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI erhöht sich zum 01.01.2017 um 383,00 EUR. Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 EUR. Da die Höchstleistungsansprüche nach §§ 36 und 41 SGB XI jeweils getrennt voneinander zu vergleichen sind und der Sachleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 EUR höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 EUR auf den Entlastungsbetrag zu gewähren.

Beispiel 3

Ein Pflegegeldbezieher der Pflegestufe I mit einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegegeld	316,00 EUR	545,00 EUR

Ergebnis:

Die Differenz zwischen dem Pflegegeldanspruch bis Dezember 2016 und dem Pflegegeldanspruch ab Januar 2017 beträgt 229,00 EUR. Da der Höchstleistungsanspruch ab Januar 2017 damit um mindestens 83,00 EUR höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist kein Zuschlag zu gewähren. Das höhere Pflegegeld kompensiert den Wegfall des erhöhten Betrages nach § 45b Abs. 1 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung.

Beispiel 4

Ein Kombinationsleistungsbezieher der Pflegestufe III, bei dem ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand i.S.d. § 36 Abs. 4 SGB XI sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45b Abs. 1 SGB XI vorliegt, wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet.

Höchstleistungsansprüche	bis Dezember 2016	ab Januar 2017
Pflegesachleistung	1.995,00 EUR	1.995,00 EUR
Pflegegeld	728,00 EUR	901,00 EUR

Ergebnis:

Der Leistungsbetrag des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI erhöht sich zum 01.01.2017 um 173,00 EUR. Die Differenz zwischen den Pflegesachleistungen bis Dezember 2016 und dem Pflegesachleistungsanspruch ab Januar 2017 beträgt 0,00 EUR. Da die Höchstleistungsansprüche nach §§ 36 und 37 SGB XI jeweils getrennt voneinander zu vergleichen sind und der Sachleistungsanspruch ab Januar 2017 nicht um mindestens 83,00 EUR höher ist als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 83,00 EUR auf den Entlastungsbetrag zu gewähren.

(3) Der monatliche Zuschlag kann ebenso wie der Entlastungsbetrag gemäß § 45b Abs. 2 SGB XI flexibel innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen und der nicht verbrauchte Betrag ebenfalls in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Der Zuschlag wird bei Bestehen eines Anspruchs auf den Entlastungsbetrag automatisch gewährt, er muss also nicht gesondert beantragt werden.

Versicherte, die nach dieser Vorschrift Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag haben, sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen hierüber schriftlich zu informieren. Die Höhe und die Verwendbarkeit des Betrages sind den Versicherten dabei zu erläutern.

(4) Auf den monatlichen Zuschlag findet § 45b Abs. 3 SGB XI entsprechend Anwendung, mit der Folge, dass der allgemeine Grundsatz hinsichtlich des Zusammentreffens der Pflegeversicherung mit denen der Fürsorgeleistungen zur Pflege durchbrochen wird. Der Zuschlag findet wie der Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 SGB XI keine Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege. Beide Leistungsansprüche bestehen daher nebeneinander. Dies gilt jedoch nicht für Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2 bis 5), soweit diese Leistungen vorsehen, die inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind. In diesem Fall findet der Zuschlag Berücksichtigung und die Regelung des § 63b Abs. 1 Satz 3 SGB XII Anwendung.

(5) Bei Pflegebedürftigen, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag in Höhe von bis zu 208,00 EUR hatten, aber keinen Anspruch auf den monatlichen Zuschlag nach § 141 Abs. 2 Satz 1 SGB XI haben, werden die monatlichen Leistungen der Pflegever-

sicherung (§§ 36, 37 oder § 41 SGB XI) in Höhe von 83,00 EUR nicht auf die Fürsorgeleistungen zur Pflege angerechnet.

4. Besitzstandsschutz bei vollstationärer Pflege

4.1 Allgemeines

Kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat (Bestandsfall), soll durch die Überleitung der Pflegesätze bzw. deren Neuverhandlung einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz entrichten müssen.

Pflegebedürftige haben bisher einen individuellen Eigenanteil abhängig von ihrer Pflegestufe zu zahlen. In der Regel steigt dieser mit zunehmender Pflegestufe. Der individuelle Eigenanteil setzt sich zusammen aus den pflegebedingten Aufwendungen inklusive der Ausbildungsumlage, die den Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI übersteigen. Hinzu kommen Kosten und den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, die der Versicherte zu tragen hat.

Ab 01.01.2017 haben Pflegebedürftige der Pflegerade 2 bis 5 neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten einen vom Pflegegrad unabhängigen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu entrichten. Der einrichtungseinheitliche Anteil ist für alle Bewohner (Pflegegrad 2 bis 5) einer vollstationären Pflegeeinrichtung gleich hoch.

Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der individuelle Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen im Dezember 2016, ist im Rahmen des Besitzstandsschutzes ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz an die Einrichtung zu zahlen. Der Besitzstandsschutzbetrag ist ein Monatsbetrag und wird auch für Teilmonate (z.B. Einzug, Auszug, Tod) und für Monate mit Abwesenheitszeiten (z.B. Krankenhausaufenthalt) in voller Höhe gezahlt.

Ist im Dezember 2016 der monatliche Pflegesatz niedriger als der pauschale Leistungsbetrag der Pflegekasse nach § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB XI und wurde der Differenzbetrag zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt, ist auch dieser Betrag für die Berechnung des Besitzstandsschutzbetrages zu berücksichtigen.

Die Pflegekassen teilen den Pflegebedürftigen die Höhe des monatlichen Zuschlags sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe schriftlich mit.

Beispiel 1

Eine Pflegebedürftige der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	2.109,33 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil	1.045,33 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.125,18 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, besteht Besitzstandsschutz. Ab Januar 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von 79,85 EUR (1.125,18 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	2.850,00 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.330,00 EUR
Individueller Eigenanteil	1.520,00 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.218,00 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 niedriger ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, ist ab Januar 2017 kein Zuschlag an die Einrichtung zu zahlen.

Beispiel 3

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	997,16 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil (hier sog. negativer Eigenanteil)	66,84 EUR

Der Differenzbetrag in Höhe von 66,84 EUR wurde zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt.

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil 253,70 Euro

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016besteht Besitzstansschutz. Da die pflegebedingten Aufwendungen im Dezember 2016 niedriger waren als der pauschale Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, wurde der Differenzbetrag somit zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung verwendet. Ab Januar 2017 ist daher ein Zuschlag in Höhe 320,54 Euro (253,70 Euro – (-66,84 Euro)) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Beispiel 4

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	967,05 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil (hier sog. negativer Eigenanteil)	96,95 EUR

Der Differenzbetrag in Höhe von 96,95 EUR wurde zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt.

Januar 2017

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	754,11 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	770,00 EUR
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	0 EUR
Differenzbetrag zur Finanzierung von Unterkunft und Verpflegung	-15,89 EUR

(nach § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB XI - sog. negativer individueller Eigenanteil)

Ergebnis:

Da der Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen übersteigt, übernimmt die Pflegekasse nach § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB XI im Januar 2017 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 15,89 EUR. Da der für Unterkunft und Verpflegung zur Verfügung stehende (restliche) Leistungsbetrag gegenüber Dezember 2016 geringer ist, besteht Besitzstandsschutz. Ab Januar 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von 81,06 EUR (-15,89 Euro – (-96,95 EUR)) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Der vorgesehene Zuschlag nach § 141 Abs. 3 SGB XI wird dauerhaft gewährt, ohne dass ein gesonderter Antrag des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Der Besitzstandsschutzbetrag ist gegenüber dem Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI vorrangig abzurechnen und kann ebenfalls für Unterkunft und Verpflegung verwendet werden. Ändert sich die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI und dem Pflegesatz in der Folgezeit, z. B. durch eine Anhebung des Pflegesatzes der Einrichtung, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen (für Erhöhungen des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils in der Zeit vom

01.02.2017 bis 31.12.2017 vgl. Ziffer 4.7). Reduziert sich die Differenz z. B. durch eine Absenkung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (z. B. Anhebung des Leistungsbetrages nach § 43 SGB XI), so ist der Zuschlag entsprechend zu mindern.

Für Versicherte, die nach dem bis zum 31.12.2016 geltenden Recht nicht pflegebedürftig, jedoch erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt waren und ab dem 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet werden, besteht Besitzstandsschutz, sofern sie bis zum 31.12.2016 einen Zuschuss in Höhe von 231,00 EUR (§ 43 Abs. 4 SGB XI a.F. analog i. V. m. § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI a.F) erhalten haben.

Beispiel 5

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Bis zum 31.12.2016 wurde ein Zuschuss nach § 123 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI i. V. m. § 43 Abs. 4 SGB XI in Höhe von 231,00 EUR gezahlt.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	1.028,00 EUR
Leistungsbetrag nach §§ 123/43 SGB XI	231,00 EUR
Individueller Eigenanteil	797,00 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	923,00 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Vormonat, besteht Besitzstansschutz. Ab Januar 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von (923,00 EUR – 797,00 EUR =) 126,00 EUR an die Einrichtung zu zahlen.

4.2 Besitzstandsschutz bei Höherstufung

Eine Höherstufung des Pflegebedürftigen ab dem 01.01.2017 hat keine Auswirkungen auf den einmalig festgestellten Besitzstandsschutzbetrag, da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil für alle Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 innerhalb einer Pflegeeinrichtung einheitlich ist. Wird bei einer Begutachtung im Jahr 2017 festgestellt, dass die Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits im Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 vorlagen, wird der ermittelte Bestandschutz weitergewährt.

4.3 Besitzstandsschutz bei Heimwechsel

4.3.1 Einrichtung mit Vergütungsvereinbarung vor dem 01.01.2017

Bei Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2021 ist der Besitzstandsschutz wie folgt geregelt: Der an die neue Pflegeeinrichtung zu zahlende Zuschlag errechnet sich aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil der neuen Einrichtung im Januar 2017 und dem individuellen Eigenanteil

für die pflegebedingten Aufwendungen, den der Versicherte im Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätte (= fiktive Rückbetrachtung). Maßgeblich für die Berechnung des Besitzstandsschutzbetrages ist immer die am 31.12.2016 geltende Pflegestufe des Pflegebedürftigen.

Ausschlaggebend für die Neuberechnung des Zuschlages sind damit allein die Eigenanteile des Versicherten, die er im Dezember 2016 und im Januar 2017 zu tragen gehabt hätte, wenn er zu diesen Zeitpunkten bereits in der neuen Einrichtung gewesen wäre. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil der bisherigen Einrichtung (vor dem Wechsel) spielt hierbei keine Rolle.

Beispiel 1

Teil 1

Eine Pflegebedürftige der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	2.109,33 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil	1.045,33 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.125,18 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, ist ab Januar 2017 ein Zuschlag in Höhe von 79,85 EUR (1.125,18 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Teil 2

Der Pflegebedürftige wechselt zum 01.06.2017 von der vollstationären Pflegeeinrichtung A in die vollstationäre Pflegeeinrichtung B.

Einrichtung A

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.125,18 EUR

Einrichtung B

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil im Januar 2017	1.100,00 EUR
Individueller Eigenanteil des Versicherten im Dezember 2016 in Einrichtung B (fiktiv)	1.060,00 EUR
Differenz	40,00 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil der Einrichtung B im Januar 2017 höher ist, als der individuelle Eigenanteil, den der Pflegebedürftige im Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu zahlen gehabt hätte (fiktiv), greift der Besitzstansschutz. Der ab Juni 2017 an die neue Einrichtung zu zahlende Zuschlag beträgt 40,00 EUR (1.100,00 EUR – 1.060,00 EUR).

Teil 3

Im Januar 2018 erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil auf 1.200,00 EUR. Es bleibt bei einem Zuschlag in Höhe von 40,00 EUR.

4.3.2 Einrichtung mit Vergütungsvereinbarung nach dem 01.01.2017

Wechselt der Versicherte zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2021 in eine Einrichtung, die ab dem 01.01.2017 oder später erstmalig zugelassen wurde und auch erst ab diesem Zeitpunkt eine Vergütungsvereinbarung geschlossen hat, behält der Versicherte seinen Besitzstandsschutz in Höhe des Zuschlags aus der abgebenden Einrichtung. Dies gilt gleichermaßen für einen Wechsel in eine Einrichtung, die bisher eine Kostenerstattung nach § 91 SGB XI gewählt hatte, jedoch zum Zeitpunkt des Wechsels eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen hat und zwar unabhängig vom Zeitpunkt der Zulassung. Entscheidend für die Mitnahme des Besitzstandsschutzbetrages ist somit der Wechsel in eine Einrichtung mit bestehender und aktuell gültiger Vergütungsvereinbarung. Der Wechsel in eine Einrichtung mit Kostenerstattung nach § 91 SGB XI (ohne Vergütungsvereinbarung) ist von dieser Regelung ausgeschlossen. In diesen Fällen beträgt der Leistungsanspruch 80 v. H. der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage.

Beispiel 1

Teil 1

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Dezember 2016

Individueller Eigenanteil	1.045,33 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.125,18 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Vormonat, ist ab Januar 2017 ein Zuschlag in Höhe von 79,85 EUR (1.125,18 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Teil 2

Der Pflegebedürftige wechselt zum 01.06.2017 von der vollstationären Pflegeeinrichtung A in die neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung B, die erst zum 01.01.2017 eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat.

Ergebnis:

Es bleibt bei dem Zuschlag in Höhe von 79,85 EUR, der von der Pflegekasse nun an die neue Einrichtung zu zahlen ist.

4.3.3 Heimwechsel im laufenden Monat

Bei einem Wechsel der Einrichtung im laufenden Monat besteht Anspruch auf den Besitzstandsschutzbetrag in Höhe des Betrages der abgebenden Einrichtung. Der Besitzstandsschutzbetrag ist gegenüber dem Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI vorrangig abzurechnen und kann ggf. für Unterkunft und Verpflegung verwendet werden. Die abgebende Einrichtung hat gegenüber der aufnehmenden Einrichtung einen vorrangigen Leistungsanspruch. An die aufnehmende Einrichtung kann ein ggf. noch verbleibender Rest aus dem Besitzstandsschutzbetrag und/oder des Leistungsbetrags nach § 43 Abs. 2 SGB XI gezahlt werden.

Beispiel 1

Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 zieht am 06.03.2017 von Einrichtung A in Einrichtung B.

Einrichtung A:

pflegebedingte Aufwendungen:	täglich 52,40 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	täglich 34,03 EUR
Besitzstandsschutzbetrag	monatlich 301,41 EUR

Einrichtung B:

pflegebedingte Aufwendungen	täglich 55,49 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	täglich 35,75 EUR
Besitzstandsschutzbetrag	monatlich 361,00 EUR

März 2017:

Kostenübernahme in Einrichtung A für die Zeit vom 01.03 – 05.03.2017:

Pflegebedingte Aufwendungen	
(5 Tage x 52,40 EUR)	= 262,00 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	
(5 Tage x 34,03 EUR)	= 170,15 EUR
abzüglich Besitzstandsschutzbetrag	= 301,41 EUR
Restbetrag	130,74 EUR

Da der Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 770,00 EUR den nach Abzug des Besitzstandsschutzbetrages verbleibenden Restbetrag von 130,74 EUR übersteigt, kann dieser vollständig übernommen werden. Für Einrichtung B verbleibt ein Restanspruch aus dem leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 639,26 EUR (770,00 EUR – 130,74 EUR).

Kostenübernahme in Einrichtung B für die Zeit vom 06.03 – 31.03.2017:

Pflegebedingte Aufwendungen	
(26 Tage x 55,49 EUR)	= 1.442,74 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	
(26 Tage x 35,75 EUR)	= 929,50 EUR
abzüglich verbleibender Leistungsbetrag	
nach § 43 Abs. 2 SGB XI	= 639,26 EUR
Restbetrag	1.732,98EUR

Für den Monat März hat der Versicherte den verbleibenden Restbetrag in Höhe von 1.732,98 EUR zu tragen.

April 2017

Kostenübernahme in Einrichtung B für die Zeit vom 01.04. – 30.04.2017:

Pflegebedingte Aufwendungen	
(30,42 Tage x 55,49 EUR)	= 1.688,01 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	
(30,42 Tage x 35,75 EUR)	= 1.087,52 EUR
abzüglich Besitzstandschutzbetrag	= 361,00 EUR
abzüglich Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI	= 770,00 EUR
Restbetrag	1.644,52 EUR

Für den Monat April 2017 hat der Versicherte den verbleibenden Restbetrag in Höhe von 1.644,52 EUR zu tragen.

Beispiel 2

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 zieht am 03.05.2017 von Einrichtung A in Einrichtung B.

Einrichtung A:

pflegebedingte Aufwendungen:	täglich 52,40 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	täglich 34,03 EUR
Besitzstandsschutzbetrag	monatlich 301,41 EUR

Einrichtung B:

pflegebedingte Aufwendungen	täglich 55,49 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	täglich 35,75 EUR
Besitzstandsschutzbetrag	monatlich 361,00 EUR

Mai 2017:

Kostenübernahme in Einrichtung A für die Zeit vom 01.05 – 02.05.2017:

Pflegebedingte Aufwendungen	
(2 Tage x 52,40 EUR)	= 104,80 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	
(2 Tage x 34,03 EUR)	= 68,06 EUR
abzüglich Besitzstandsschutzbetrag	=301,41 EUR
Differenz =	- 128,55 EUR

Da der Besitzstandsschutzbetrag in Höhe von 301,41 EUR den Rechnungsbetrag der Einrichtung A in Höhe von 172,86 EUR (104,80 EUR + 68,06 EUR) übersteigt, kann der Rechnungsbetrag vollständig übernommen werden. Für Einrichtung B verbleibt ein Restanspruch aus dem Besitzstandsschutzbetrag in Höhe von 128,55 EUR (301,41 EUR – 172,86 EUR) zuzüglich des Leistungsbetrags nach § 43 Abs. 2 SGB XI in Höhe von 770,00 EUR.

Kostenübernahme in Einrichtung B für die Zeit vom 03.05 – 31.05.2017:

Pflegebedingte Aufwnedungen	
(29 Tage x 55,49 EUR)	= 1.609,21 EUR
Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung	
(29 Tage x 35,75 EUR)	= 1.036,75 EUR
abzüglich verbleibender Besitzstandsschutzbetrag	
aus Einrichtung A	= 128,55 EUR
abzüglich Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI	= 770,00 EUR
Restbetrag	1.747,41EUR

Für den Monat Mai 2017 hat der Versicherte den verbleibenden Restbetrag in Höhe von 1.747,41 EUR in Einrichtung B zu tragen.

4.4 Besitzstandschutz bei Kurzzeitpflege

(1) Für Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Abs. 1 und 2 SGB XI in Anspruch nehmen, gilt der am 31.12.2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Dieser Besitzstandsschutz erstreckt sich ausschließlich auf die pflegebedingten Aufwendungen nach § 84 Abs. 1 SGB XI und gilt nicht für die Beträge für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI.

(2) Nimmt der Pflegebedürftige am 31.12.2016 Leistungen der Kurzzeitpflege und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in derselben Einrichtung in Anspruch, hat die Pflegekasse ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege im Rahmen des Besitzstandsschutzes einen Zuschlag an die Einrichtung zu zahlen. Der Zuschlag ermittelt sich aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Januar 2017 und dem individuellen Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen, den der Pflegebedürftige im Monat Dezember 2016 in der vollstationären Pflegee zu tragen gehabt hätte. Für die Ermittlung des Besitzstandsschutzbetrages wird der Pflegebedürftige damit so gestellt, als wenn er nicht zunächst Leistungen der Kurzzeitpflege, sondern bereits am 31.12.2016 Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in Anspruch genommen hätte (= fiktive Rückbetrachtung).

Beispiel

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe 2 ist vom 23.12.2016 bis zum 20.01.2017 in der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Ab 21.01.2017 nimmt er die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI ohne Unterbrechung in derselben Einrichtung in Anspruch. Zum 01.01.2017 wird er in den Pflegegrad 3 übergeleitet.

Dezember 2016

Individueller Eigenanteil im Dezember 2016 in der vollstationären Pflegeeinrichtung (fiktiv):	820,00 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in der vollstationären Pflegeeinrichtung:	980,00 EUR
Differenz:	160,00 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der fiktiv ermittelte individuelle Eigenanteil, den der Pflegebedürftige im Monat Dezember 2016 in der vollstationären Pflegeeinrichtung zu zahlen gehabt hätte, beträgt der Zuschlag ab 01.01.2017 160,00 EUR.

4.5 Besitzstandsschutz bei Kassenwechsel

Bei einem Wechsel der Pflegekasse bleibt der Besitzstandsschutz erhalten. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, hat der neu zuständigen Pflegekasse die Höhe des Zuschlags rechtzeitig schriftlich mitzuteilen.

4.6 Besitzstandsschutz bei einer Kostenerstattung nach § 91 SGB XI

Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 01.01. 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Abs. 2 SGB XI in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag.

4.7 Erweiterung der Besitzstandsschutzregelung in 2017

Die Regelung des § 141 Abs. 3c SGB XI sieht für Pflegebedürftige eine Erweiterung des Besitzstandsschutzes vor, um diese Pflegebedürftigen im Zeitraum vom 01.02.2017 bis 31.12.2017 vor höheren Eigenanteilen bei den pflegebedingten Zuzahlungen zu schützen. Sie umfasst vollstationäre Pflegeeinrichtungen, bei denen

- eine alternative Überleitung nach § 92d SGB XI erfolgte oder
- eine mehrstufige Umstellung der Vergütung im Rahmen von Verhandlungen nach § 92c SGB XI vereinbart wurde.

Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil in diesen Einrichtungen in dem Zeitraum vom 01.02.2017 bis 31.12.2017 ist der Besitzstandsschutzbetrag neu zu berechnen. Für die Vergleichsberechnung ist der individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil aus dem Monat der Erhöhung zugrunde zu legen.

Beispiel 1

Teil 1

Eine Pflegebedürftige der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	2.109,33 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil	1.045,33 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.125,18 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, besteht Besitzstandsschutz. Ab Januar 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von 79,85 EUR (1.125,18 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Teil 2

Die Einrichtung hat eine mehrstufige Anpassung der Vergütungen im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vereinbart. Im Mai 2017 erhöht sich dadurch die Vergütung. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil beträgt ab Mai 2017 1.280,00 EUR.

Ergebnis:

Da es sich um eine vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt, für die eine mehrstufige Umstellung der Vergütung vereinbart wurde und sich der einrichtungseinheitliche Eigneanteil infolgedessen ab Mai 2017 erhöht, ist der Besitzstandschutz neu zu berechnen. Ab Mai 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von 234,67 EUR (1.280,00 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Beispiel 2

Teil 1

Eine Pflegebedürftige der Pflegestufe I wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Da die Pflegeeinrichtung keine neue Vergütungsvereinbarung zum 01.01.2017 geschlossen hat, wurden die Pflegesätze im Rahmen der alternativen Überleitung nach § 92d SGB XI zum 01.01.2017 umgerechnet.

Dezember 2016

Höhe der pflegebedingten Aufwendungen (inkl. Ausbildungsumlage)	2.109,33 EUR
Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI	1.064,00 EUR
Individueller Eigenanteil	1.045,33 EUR

Januar 2017

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.040,00 EUR

Ergebnis:

Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 niedriger ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, besteht kein Besitzstandsschutz.

Teil 2

Zum 01.06.2017 schließt die vollstationäre Pflegeeinrichtung im Zuge der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff eine neue Vergütungsvereinbarung. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erhöht sich ab Juni 2017 auf 1.210,00 EUR.

Ergebnis:

Da es sich um eine vollstationäre Pflegeeinrichtung handelt, bei der eine alternative Überleitung nach § 92d SGB XI erfolgte und sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil infolgedessen ab Juni 2017 erhöht, ist der Besitzstandsschutz neu zu ermitteln. Da der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ab Juni 2017 höher ist als der individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, besteht erstmalig Besitzstandschutz. Ab Juni 2017 ist ein Zuschlag in Höhe von 164,67 EUR (1.210,00 EUR – 1.045,33 EUR) von der Pflegekasse an die Einrichtung zu zahlen.

Diese Regelung gilt auch für Pflegebedürftige, die am 31.12.2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in Anspruch genommen haben und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI in der selben Einrichtung in Anspruch nehmen (vgl. Ziffer 4.4.) Sie findet ebenfalls Anwendung auf Pflegebedürftige, die zwischen dem 01.01.2017 und dem 31.12.2021 die vollstationäre Einrichtung wechselt (vgl. Ziffer 4.3).

Beispiel 3

Ein Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 befindet sich seit 2015 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Zum 01.02.2018 wechselt er in eine vollstationäre Einrichtung, die eine mehrstufige Anpassung der Vergütungen im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vereinbart hat. Der Besitzstandsschutz in der aufnehmenden Einrichtung betrug in Pflegegrad 3 zum 01.01.2017 320,00 EUR und ab dem 01.09.2017 360,00 EUR.

Ergebnis:

Die Pflegekasse zahlt ab 01.02.2018 einen Zuschlag in Höhe von 360.00 EUR an die Einrichtung.

§ 142
Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

1. Allgemeines

Durch die Regelung wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für Versicherte, die nach § 140 Abs. 1 SGB XI von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 bestimmt. Dadurch wird vermieden, dass eine Wiederholungsbegutachtung kurz nach dem Wirksamwerden des neuen Verfahrens durchgeführt werden muss (vgl. Ziffer 3 zu § 18 SGB XI). Darüber hinaus wird geregelt, dass im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2017 dem Versicherten die Entscheidung der Pflegekasse nur innerhalb von 25 Arbeitstagen schriftlich mitzuteilen ist, wenn ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (vgl. Ziffer 4.1 zu § 18 SGB XI). Im Übrigen entfällt in diesem Zeitraum auch die Pflicht, dem Antragsteller unabhängige Gutachter zu nennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen keine Begutachtung erfolgt ist (vgl. Ziffer 6 zu § 18 SGB XI). Ausgenommen davon sind Fälle von besonders dringlichem Entscheidungsbedarf. Näheres zum Vorliegen eines besonders dringlichem Entscheidungsbedarfs vgl. Ziffer 4.4 zu § 18 SGB XI.

2. Wiederholungsbegutachtungen

In der Zeit vom 01.07.2016 bis zum 31.12.2016 werden grundsätzlich keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, außer wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen zu erwarten ist. Dies gilt auch dann, wenn der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter eine Wiederholungsbegutachtung in diesem Zeitraum empfohlen hat (vgl. § 18 Abs. 2a SGB XI). Dies gilt im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 gleichermaßen für Pflegebedürfti-

ge, die nach § 140 SGB XI in einen Pflegegrad übergeleitet wurden (vgl. Ziffer 3 zu § 18 SGB XI).

Eine erneute Begutachtung aufgrund einer Leistungsbefristung nach § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB XI bleibt von der Regelung des Aussetzens der Wiederholungsbegutachtungen unberührt.

3. Bearbeitungsfristen

Die Pflegekasse hat den Antragsteller im Regelfall innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Antragseingang die Entscheidung über seinen Antrag mitzuteilen. Diese Frist ist vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 grundsätzlich unbeachtlich. Die Frist von 25 Arbeitstagen gilt jedoch weiterhin für Antragsteller, die ab dem 01.11.2016 einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen, sofern ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (vgl. Ziffer 4.4 zu § 18 SGB XI).

Beispiel 1

Es liegt kein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vor.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 09.01.2017

Ergebnis:

Da kein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, ist die 25-Tage-Frist unbeachtlich.

Beispiel 2

Es liegt ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vor, daher gilt die 25-Tage-Frist.

Eingang des Antrags bei der Pflegekasse	am 09.01.2017
Fristbeginn	am 10.01.2017
Fristende	am 13.02.2017
Bescheiderteilung	am 16.02.2017

Ergebnis:

Die Frist beginnt am 10.01.2017, also am Tag nach Eingang des Antrages des Versicherten bei seiner Pflegekasse. Die Pflegekasse hätte den Bescheid über den Antrag des Versicherten spätesten zum 13.02.2017 erteilt haben müssen. Da der Bescheid jedoch am 16.02.2017 erteilt wurde, hat die Pflegekasse die 25-Tage-Frist überschritten. Auch wenn die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, ist sie nicht zur Zahlung von 70,00 EUR verpflichtet (§ 18 Abs. 3b Satz 5 SGB XI).

4. Beauftragung unabhängiger Gutachter

Die Pflegekasse kann zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowohl den MDK als auch unabhängige Gutachter beauftragen. Ist innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt, ist die Pflegekasse verpflichtet, einen unabhängigen Gutachter zu beauftragen. Dies gilt für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2017 nur insoweit, wenn bei einem Antragsteller ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht (vgl. Ziffer 4.4 zu § 18 SGB XI). Bei Beauftragung von unabhängigen Gutachtern hat die Pflegekasse dem Antragsteller mindestens drei Gutachter zu nennen (im Übrigen gilt Ziffer 7 zu § 18 SGB XI).

§ 144 SGB XI
Überleitungs- und Übergangsregelung; Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

1. Besitzstandsregelung für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI

Zum 01.01.2015 haben sich die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Wohngruppenzuschlages geändert. Unabhängig davon ist für Pflegebedürftige, die am 31.12.2014 einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag hatten, die Leistung weiter zu erbringen, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat. Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner leben. Zu den Einzelheiten zur Änderung der tatsächlichen Voraussetzungen vgl. Ziffer 5 zu § 38a SGB XI.

2. Besitzstandregelung für anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Zum 01.01.2017 werden die bisherigen anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote unter dem Begriff der Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI zusammengefasst. Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die am 31.12.2016 nach Landesrecht als solche i. S. d. §§ 45b und 45c SGB XI der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung anerkannt sind, gelten ab 01.01.2017 als anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag. Ein neues Anerkennungsverfahren ist somit grundsätzlich für diese Angebote nicht erforderlich. Die Landesregierungen sind ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

3. Erweiterung des Übertragsungszeitraums für Leistungen nach § 45b SGB XI

Zum 01.01.2017 wird der Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen als Entlastungsbetrag bezeichnet. Unabhängig vom Ausmaß der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten steht er jedem Pflegebedürftigen monatlich in Höhe von bis zu 125,00 EUR zur Verfügung.

Für Pflegebedürftige, die im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 oder Abs. 1a SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfüllt haben und die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 Satz SGB XI in der ab 01.01.2017 geltenden Fassung erfüllen, wird die Übertragung nicht ausgeschöpfter Leistungsbeträge einmalig ausgeweitet. Wurden die Leistungen in diesem Zeitraum nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft, können die nicht verwendeten Leistungsbeträge bis zum 31.12.2018 übertragen werden. Die nicht verwendeten Leistungsbeträge können zum einen nachträglich für bezogene Leistungen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 und zum anderen für den Bezug von Leistungen nach der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 45b SGB XI genutzt werden. Die Kostenerstattung muss spätestens bis zum 31.12.2018 unter Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen beantragt werden. Diese Regelung gilt nicht für im Jahr 2017 entstandene Leistungsansprüche. Diese können nur bis zum 30.06.2018 übertragen werden.

4. Übertragbarkeit von Fördermitteln nach § 45c SGB XI

Nicht verwendete Mittel zur Förderung der in § 45c SGB XI genannten Vorhaben aus dem Jahr 2016, die im Jahr 2015 nicht verwendet wurden und gemäß § 45c Abs. 5 Satz 2 SGB XI (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung) in das Jahr 2016

übertragen wurden, können im Jahr 2017 von den Ländern beantragt werden. Voraussetzung ist, dass das beantragende Land im Jahr 2015 die nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Fördermittel mindestens zu 80 v. H. ausgeschöpft hat. Die Fördermittel können vom Land für Projekte, für die bis zum 30.04.2017 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe benannt werden, beantragt werden.

5. Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit anderen Leistungen

Sofern am 31.12.2016 Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, den Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem SGB VIII zusammentreffen, ist eine Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI (vgl. Ziffer 4 zu § 13 SGB XI) zwischen den beteiligten Leistungsträgern nur dann abzuschließen, wenn einer der beteiligten Träger oder der Pflegebedürftige dies verlangt.